Rok LV. Kraków, 1. maja 1916. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczeniu złamań postrzałowych uda.

podał

Ludwik Rydygier

chirurg naczelny c. i k. szpitala wojennego w Bernie mor.

W pracy obszerniejszej zdam sprawę z mej działalności w c. i k. szpitalu wojennym w Bernie w przeciągu pierwszego półrocza. Przez ten czas leczono u nas 4175 rannych, z pośród których umarło 41, a więc mniej niż 1%; zasługuje to na uwagę tembardziej, jeżeli się uwzględni bardzo nieraz ciężki stan chorych w chwili przybycia ich do naszego szpitala, a także tę okoliczność, że w większości przypadków mieliśmy do czynienia z ranami zakażonemi.

W tej liczbie mieliśmy 138 przypadków złamań postrzałowych uda; wszystkie były zakażone i ropiały.

Do tej pory nie jest ustalone, jaki sposób postępowania jest najodpowiedniejszy w przypadkach postrzałowych złamań uda, które stanowią w czasie obecnej wojny obrażenie bardzo częste i niezaprzeczenie jedno z najcięższych. Niema ustalonych zasad, czy zakładać opatrunek wyciągowy, gipsowy, czy szynowy; jeszcze większe różnice występują przy rozstrzyganiu pytania, kiedy i gdzie jeden z tych różnych sposobów postępowania zastosować.

Wobec tego pragnę zabrać głos w tej sprawie na podstawie mego dotychczasowego, niezbyt małego doświadczenia i pokrótce moje poglądy przedstawię.

Najłatwiej o porozumienie co do używania opatrunków szynowych. Przy złamaniach uda uciekamy się do nich tylko z konieczności, zmuszeni okolicznościami; nie ustalają bowiem one pewnie odprowadzonych odłamków kostnych, nie odpowiadają wymaganiu, aby wyciąg był stały i trwały, gdyż przy zmianie opatrunku rany musimy całą szynę odejmować. Tylko w pierwszej linii bojowej na punktach opatrunkowych (Hilfs-u Verbandplatz) ma pierwszeństwo opatrunek szynowy przed innymi opatrunkami, również częściowo też i w szpitalach polowych, jako metoda pomocnicza do dalszej przesyłki chorych.

Wielu chirurgów zaleca zakładanie opatrunków gipsowych już w szpitalach polowych, a nawet na punktach opatrunkowych. Naturalnie, jeżeli jest dość czasu po temu, a także dostateczna ilość lekarzy, wyćwiczonych w zakładaniu opatrunków gipsowych, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wtedy należy dać pierwszeństwo opatrunkowi gipsowemu przed opatrunkiem szynowym. W większości jednak przypadków, przynajmniej dotychczas tak jest, trudno to przeprowadzić.

Jeżeli zakładamy przy złamaniu postrzałowem uda opatrunek szynowy, musi on sięgać od klatki piersiowej aż do podeszwy i musi też obejmować stopę, aby zapobiedz ruchom obrotowym (rotatio). Niestety, widziałem zarówno w Wiedniu, jako »Konsiliarchirurg«, jak i w Bernie wielką liczbę przypadków, gdzie opatrunek taki nie obejmował miednicy; często przyjeżdżali chorzy, nawet ze szpitali stałych, u których szyny blaszane przy złamaniu uda sięgały zaledwie do fałdu pośladkowego. Takiesame spotykałem opatrunki gipsowe w przypadkach złamań kości udowej nawet w górnej części. Zrozumiałą rzeczą jest, że takie opatrunki bardziej szkodzą choremu, niż pomagają, ponieważ przez swoją wagę, działając na koniec obwodowy kończyny, odginają ostro kość w miejscu złamania i sprzyjają przesunięciu odłamków. Nie omawiałbym tych ciężkich błędów chirurgicznych, jeżeliby one stanowiły rzadkie wyjątki; na nieszczęście wobec mego doświadczenia twierdzić tego nie mogę.

Jeżeli z konieczności, jako »malum necessarium«, mamy używać opatrunków szynowych przy złamaniach postrzałowych kości udowej to, osiągamy w ten sposób jedną korzyść, mianowicie łatwość znaczną w porównaniu z opatrunkami gipsowymi przy zdejmowaniu tych opatrunków u chorych świeżo przybyłych do szpitala. Z wielu względów jest wskazane zdejmowanie wszystkich opatrunków przy świeżych transportach chorych; głównie ze względu na czystość chorych i rewizyę stanu rany. Pierwotnie nie zdejmowaliśmy opatrunków gipsowych dla zaoszczędzenia na czasie, na którym nie zbywa, zwłaszcza w czasie nocnych transportów, wynoszących po 400—800 rannych. Po wybuchnięciu epidemii wszy zasadniczo zmieniliśmy nasze postępowanie i obecnie zostawiamy wyjątkowo tylko gipsowe opatrunki u chorych, pochodzących z napewno czystych szpitali.

Używamy też chwilowo opatrunków szynowych w tych przypadkach, gdzie po założonym opatrunku wyciągowego występują wypryski i pęcherze na skórze; mieliśmy jednak i tutaj złe doświadczenia, o czem bliżej wspomnę, omawiając opatrunki wyciągowe; obecnie w takich przypadkach coraz częściej stosujemy wyciąg gwoździowy.

Przechodzę teraz do najtrudniejszego pytania: kiedy i gdzie należy zastosować opatrunek gipsowy lub wyciągowy.

Stanowczo ten opatrunek będzie zasługiwać na pierwszeństwo, który 1) w sposób możliwie najłagodniejszy odprowadza odłamki, 2) zapewnia ustalenie odłamków możliwie dokładne i stałe, nawet podczas opatrywania rany, 3) stwarza łatwy dostęp do rany i 4) wymaga najmniej technicznego wyszkolenia.

Pomimo bardzo ożywionej w ostatnim czasie dyskusyi pozostaję przy swojem twierdzeniu, że jak w czasie pokoju, tak i podczas wojny od samego początku należy dążyć do możliwie dokładnego odprowadzenia odłamków złamanej kości. Sądzę nawet, że pod tym względem spostrzegane różnice zdań zależą tylko od stylizacyi wypowiadanych twierdzeń. Większość kolegów potępia tylko gwałtowne zabiegi, odprowadzające przesunięte odłamki, ja również jestem tego zdania i zgadzam się pod tym względem z Eiselsbergiem, Perthesem, Habererem i innymi. Nigdy tylko nie zgodzę się z Perthesem, który w swej pracy, zawierającej zresztą znakomite rady (Münch. m. Woch. 1915, str. 756) twierdzi, że wobec złamania kości udowej, podejrzanego o powikłanie zakażeniem, głównem zadaniem nie będzie odprowadzenie odłamków, ale tylko zapobieganie zakażeniu. Dla mnie od samego początku leczenia odprowadzenie i należyte ustalenie odłamków będzie zadaniem głównem, ponieważ przez to samo przeciwdziałamy dalszemu rozwojowi zakażenia; usuwamy bowiem powbijane w mięśnie ostre końce złamanej kości, które i przy najlepszem ustaleniu, tkwiąc w mięśniach, muszą drażnić i sprzyjać zakażeniu. Przez należyte odprowadzenie odłamków sprzyjamy też i łatwiejszemu odpływaniu wydzieliny z rany, której droga nie będzie zatarasowana odłamkami i drzazgami kostnemi. Wreszcie stanowczo łatwiej będzie odprowadzić odłamki kości w samym początku leczenia, bez stosowania gwałtu, aniżeli w okresie późniejszym. — Nie mogę się zgodzić z Perthesem (l. c. str. 757), który twierdzi: »Przy złamaniu kości udowej, będąc zmuszonym przejść do opatrunku wyciągowego, i to po większej części wyciągu gwoździowego, założymy taki opatrunek w tym czasie, kiedy rana postrzałowa już się zabliźni lub też zamieni w zagłębienie, wypełnione ładną ziarniną«. Ten zwrot Perthesa skłonił mnie do tego, że z wielkim naciskiem muszę postawić jako zasadę, iż od samego początku leczenia należy dążyć do możliwie dokładnego odprowadzenia odłamków. Kiedy już rana się zabliźni i wystąpi przykurczenie mięśni, wówczas odprowadzenie odłamków napotyka na wielkie trudności. Wiem dobrze, że można, uciekając się do znacznego obciążenia, do pewnego stopnia przesunąć odłamki kości, częściowo już pozrastane i wobec skurczonych mięśni o jakie 2—4 ctm kończynę wydłużyć, ale nie będzie to już tak pewnem i dla chorego oszczędzającem go postępowaniem, jakbyśmy zastosowali je wcześniej.

Mojem zdaniem najłagodniejsze postępowanie dla chorego będzie wówczas, gdy możliwie najwcześniej założymy dobrze działający opatrunek wyciągowy, który, że tak powiem, sam pomału odprowadza odłamki. Wobec tego przy złamaniach postrzałowych uda oddaję pierwszeństwo opatrunkom wyciągowym przed gipsowymi w początkowym okresie leczenia. Żałować tylko należy, że taki opatrunek można założyć choremu dopiero wówczas, kiedy dostanie się do stałego szpitala, w którym może pozostać przez 6—8 tygodni. Dlatego też takich chorych należy możliwie szybko odsyłać do stałych szpitali.

Ten mój pogląd opieram nietylko na moim materyale, 138 przypadkach szpitala wojennego w Bernie, leczonych w pierwszem półroczu r. 1915, ale też na doświadczeniu, jakie zebrałem jako »Konsiliarchirurg« szpitali rezerwowych Nr 1, 3, 6 i 9 w Wiedniu, gdzie na rozmaitych oddziałach obok wyciągowych opatrunków zakładano w początkowych okresach także i gipsowe. Dodać tu muszę, że w czasach pokojowych w klinice chirurgicznej we Lwowie stosowałem w przypadkach złamań uda przeważnie opatrunki gipsowe, z wyjątkiem złamań szyjki udowej i u dzieci. Nie byłem więc uprzedzony co do opatrunku gipsowego; przeciwnie i tu w Bernie początkowo prawie bez wyjątku stosowaliśmy ten rodzaj opatrunków, a w okresie zamiany opatrunków gipsowych na wyciągowe na własnym materyale przekonaliśmy się naocznie o wielkich zaletach wyciągów, mianowicie w pierwszych tygodniach leczenia. W wielu przypadkach spostrzegaliśmy, że u chorych z opatrunkami gipsowymi, u których wieczorami ciepłota podnosiła się nieraz znacznie całymi tygodniami i przez ten czas pomimo odpowiedniego postępowania wydzielina z ran była bardzo obfita, — po zdjęciu opatrunku gipsowego i założeniu wyciągu już po kilku dniach ciepłota obniżała się i wydzielina z rany zmniejszała się znacznie.

Następnym względem, który nas skłonił do używania opatrunków wyciągowych, i to według wzoru Florschütza, było to, że przy tym sposobie dostęp do rany i całej jej okolicy jest o wiele dogodniejszy, aniżeli przy opatrunku gipsowym nawet z bardzo wielkiemi oknami, a nawet przy opatrunku mostkowym. Wobec tego całą okolicę można łatwiej zbadać, ewentualne ropnie opadowe prędzej spostrzedz i wogóle czystość opatrunku utrzymać.

Dodać należy, że wzór Florschütza do wyciągu jest bardzo tani, może go sporządzić każdy stolarz i technika zakładania tego opatrunku jest bardzo prosta, o wiele łatwiejsza do przyswojenia, aniżeli technika opatrunków gipsowych. Uwzględniwszy to wszystko, znajdziemy dostateczną podstawę, aby dać pierwszeństwo opatrunkowi wyciągowemu przed gipsowym przy złamaniach postrzałowych uda.

Aby być sprawiedliwym, muszę wspomnieć o trzech ujemnych stronach opatrunków wyciągowych; nie są jednak one tak znaczne, aby mogły ograniczyć nas w stosowaniu tych opatrunków.

1) Chcąc, aby wyciąg działał nieprzerwanie i jednolicie, czego tu zawsze wymagać należy, jesteśmy zmuszeni opatrywać rany na sali chorych, czego w zasadzie zawsze unikam ze względu na to, że nie można nigdy tak dokładnie oczyścić sali chorych, jak salę opatrunkową lub operacyjną; nie jest też rzeczą humanitarną skazywać 49 chorych na słuchanie jęków jednego opatrywanego pięćdziesiątego.

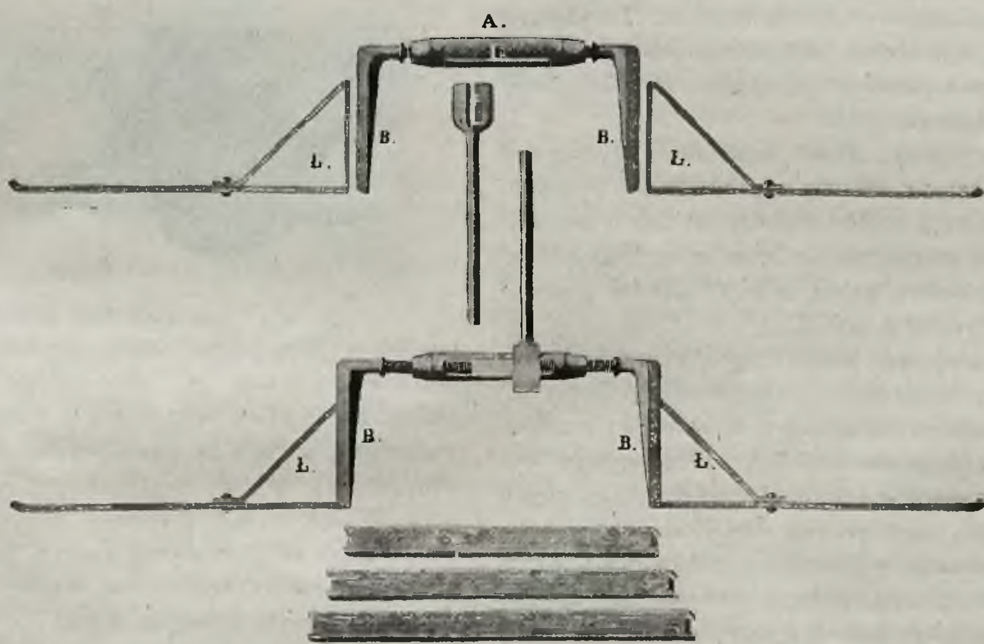
2) Najlepsze nawet środki klejące wywołują przy wyciągu podrażnienie skóry. Wypróbowaliśmy najrozmaitsze stare i nowe środki i znajdujemy, że środek Heusnera jest najlepszy, jakkolwiek i ten zmusza nieraz do zdjęcia opatrunku wyciągowego. Pierwotnie w takich razach aż do wygojenia zapalenia skóry zakładaliśmy opatrunki szynowe; zrobiliśmy jednak smutne doświadczenie, ponieważ w wielu

przypadkach występowały skrócenia, przesunięcia odłamków, silne ropienie, podniesienie ciepłoty i znaczna bolesność przy zmianie opatrunków. Wobec tego w takich przypadkach, a także tam, gdzie rany części miękkich są rozległe, zakładamy wyciąg gwoździowy, nie wywołujący żadnych powikłań i możemy go bardzo gorąco polecić.

3) Mogę wspomnieć jeszcze o jednej ujemnej stronie wyciągu; zarzut ten należy skierować nie do rodzaju opatrunku, lecz do chorych, a mianowicie nieraz chorzy w nocy, korzystając z braku dozoru, usuwali ciężarki wyciągające. W takich przypadkach spostrzegaliśmy nieraz dosyć znaczne skrócenia, o ile to wykroczenie ze strony chorych nie było dosyć wcześnie spostrzeżone.

Pomimo tych kilku drobnych cech ujemnych, których zresztą nieraz łatwo uniknąć można, oddaję stanowczo wyciągowi pierwszeństwo nad opatrunkami gipsowymi w początkowych okresach leczenia złamań postrzałowych uda. Ażeby śruba pewniej była umieszczona pomiędzy bocznemi częściami mostka i przy pokręcaniu nie wyskoczyła, poleciłem dorobić na końcach śruby części boczne, które opierają się na listewkach bocznych mostka. Zwykle zamurowujemy 3 takie śruby i w ten sposób, pokręcając je kolejno, osiągamy stopniowy wyciąg. Uzyskawszy należyte ułożenie, usuwamy śruby, założywszy na ich miejsce odpowiednio wycięte kawałki drzewa, a śruby możemy zastosować w innych przypadkach. Jestto właściwie metoda Hackenbrucha, tylko odpowiednio do czasów wojennych uproszczona i uniezależniona od fabrykanta instrumentów.

Przez założenie »lege artis« opatrunku wyciągowego często z dodatkowymi bocznymi wyciągami nie można sprawy leczenia złamań postrzałowych uda uważać za zupełnie załatwioną. Musimy przedewszystkiem postarać się o swobodny odpływ wydzieliny z rany przez odpowiednie sączkowanie, często przez rozszerzenie rany i wykonanie nacięć



Kiedy już wydzielina z ran się zmniejszy, ciepłota stanie się prawidłową i odłamki kostne do pewnego stopnia się połączą, a więc po 8—12 tygodniach, zakładamy opatrunki gipsowe, aby chory mógł zacząć chodzić, ewentualnie był gotów do przeniesienia do dalszego szpitala. W tych przypadkach, gdzie istnieje znaczna skłonność odłamków do przesunięcia się, nie należy zbyt wcześnie przechodzić od wyciągu do opatrunku gipsowego, gdyż następowo w takim opatrunku, niezbyt prawidłowo założonym, przy miękkiej i podatnej kostninie może wystąpić skrócenie lub wygięcie złamanej kości.

W odpowiednich przypadkach można połączyć opatrunek gipsowy, a mianowicie mostkowy, z wyciągiem, i tem samem tego niebezpieczeństwa uniknąć. Jak opisałem to (w Zentr. f. Chir. Nr 8, 1916 i w Przegl. lek.), a z dołączonych rycin łatwo jest zrozumiałe: pomiędzy przepiłowane części listew żelaznych umieszczamy śrubę, służącą do napinania drutów, a którą możemy kupić w każdym sklepie żelaznym; okręcając tę śrubę rozsuwamy końce listew żelaznych, wmurowanych do opatrunku gipsowego, — tem samem stosujemy wyciąg na odłamki złamanej kości. — dodatkowych. Należy następnie zbadać stan końców odłamków kości i oddzielonych kawałków kości, zwłaszcza, jeżeli ropienie utrzymuje się czas dłuższy i rany nie zamykają się. Zdjęcia rentgenowskie dają nam wyraźny pogląd, czy w ranie tkwią wolne odłamki kości, wymagające rozszerzenia i oczyszczenia rany.

Ażeby oznaczyć termin tych następowych dodatkowych zabiegów operacyjnych, trzeba posiadać pewne doświadczenie. Pierwotnie czekaliśmy całymi tygodniami, nieraz miesiącami, zanim zdecydowaliśmy się na wkroczenie operacyjne, czekając wygojenia bez operacyi; nie mieliśmy wówczas aparatu Röntgena. Następnie wyobrażałem sobie, że przez wcześniejsze i energiczniejsze wkroczenie, mianowicie szerokie odsłonięcie końców odłamanych kości, świeże okrwawienie ich i ewentualne zeszycie osiągniemy szybsze i lepsze wyniki. Niestety tym sposobem nie osiągnęliśmy tego celu. Często ropienie po takim zabiegu wzmagało się, ciepłota podnosiła się, szew kostny nie trzymał i trzeba było go usuwać. Wobec tego powróciliśmy do leczenia więcej wyczekującego, o ile warunki miejscowe nie wymagały wkroczenia wcześniejszego. Naprzykład, o ile zdjęcie

rentgenowskie wykazywało obok zrośniętych już odłamków kości jamę, otoczoną niepodatnemi ścianami kostnemi, wszczepiałem według Af-Schultena płat mięśniowy; również tunel w kości piszczelowej po oddłutowaniu przedniej ściany wypełniłem przeszczepionym mięśniem piszczelowym (m. tibialis anticus). Ale i z temi operacyami zwlekamy tak długo, dopóki nie zmniejszy się wydzielina i nie ustąpi odczyn zapalny.

Jeżeli po kilku miesiącach nie występuje konsolidacya złamanych kości, odsłaniamy końce, okrwawiamy, ewentualnie znajdujące się pomiędzy odłamkami części miękkie usuwamy, poczem zwykle kości zeszywamy drutem srebrnym; opatrunek najczęściej po takiej operacyi gipsowy, rzadziej wyciągowy.

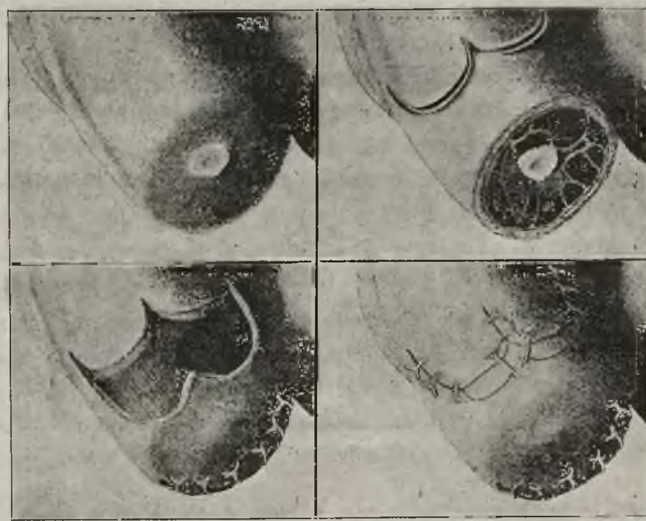
Na szczególną uwagę zasługują złamania kości udowej blizko stawu, zwłaszcza gdy szczeliny w kości sięgają aż do stawu, co nie należy do rzadkości. W takich przypadkach staramy się przez założenie wyciągu i odpowiednie traktowanie rany zapobiedz zropieniu stawów. To zadanie należy mieć już przy pierwszem zakładaniu opatrunku na uwadze. Jeżeli taka rana postrzałowa ulegnie zakażeniu, trudno uchronić od zakażenia staw.

W tych ciężkich przypadkach opatrunek wyciągowy okazuje szczególne zalety: 1) ułatwia odprowadzenie krótkich odłamków blizko stawu i utrzymanie ich w należytem ułożeniu; 2) dozwala na rozciągnięcie schorzałego stawu; 3) ułatwia leczenie miejscowe stawu, a więc okłady z płynu Burowa, kompresy, nakłucie i t. d.

O ile wystąpi zropienie stawu, mamy wówczas do wyboru otwarcie stawu (arthrotomia), wypiłowanie (resectio) resp. wyłuszczenie odłamanego końca stawowego i amputacyę. Po nacięciach stawów mieliśmy nieszczególne wyniki i dlatego w przypadkach złamań bardzo blizko stawu oddaję pierwszeństwo częściowemu wypiłowaniu (resectio partialis), polegającemu na wyłuszczeniu odłamanego końca stawowego; po tym zabiegu gojenie odbywa się bardzo dobrze. — Co prawda, to pozostaje bardzo znaczny nieraz ubytek kości, wywołujący znaczne skrócenie kończyny, o ile nie uda się wszczepić na to miejsce listwy kostnej lub też stawu całego według Lexera i Payra; pierwszy zabieg udaje się prawie zawsze zastosować i otrzymujemy tą drogą kończynę.

Obrażenia w okolicy stawu biodrowego są o wiele niebezpieczniejsze, aniżeli w okolicy stawu kolanowego, zwłaszcza, o ile mamy do czynienia z uszkodzeniem miednicy. W tych przypadkach wyższość wyciągu nad opatrunkiem gipsowym stwierdza się znakomicie.

W końcu pokrótce omówię sprawę amputacyi w przypadkach niepomyślnie przebiegających złamań postrzałowych uda. W ostatnich czasach coraz częściej z rozmaitych względów zalecano i wykonywano amputacyę cięciem okrężnem jednoczasowem; myśmy też tę operacyę wykonywali nieraz, np. przy ropowicy gazowej. Zaleciłbym jednak bardzo ograniczenie stosowania tej metody i sam też przeszedłem do cięcia płatowego z przekłuciem (Durchstechungsmethode); a to z tego względu, że nieraz zachodzi potrzeba wykonania reamputacyi po cięciu okrężnem i wtedy musimy poświęcać znaczne odcinki kości. Można co prawda przez naciąganie skóry, jakoteż i przez najrozmaitsze plastyki uniknąć reamputacyi. Niedawno (Münch. med. Woch. 1915 Nr 52) ogłosił Franke prosty sposób naciągania skóry na wysterczający stożkowato kikut. Ja również opisałem (Zentr. f. Chir. 1916 Nr 8 i Przegl. lek.) sposób mostkowego przeszczepiania skóry z przedniej powierzchni uda; ma on podwójną zaletę: 1) skraca czas leczenia, 2) pokrywa dolny odcinek kikuta nie blizną, ale zdrową prawidłową skórą. — Po okrwawieniu kikuta prowadzimy przez przednią powierzchnię uda, 12—15 ctm ponad raną, cięcie faliste. Mostek skórny oddzielamy na ostro lub na tępo od powięzi i nasuwamy go na okrwawioną powierzchnię poamputacyjną. O ile kość



bardzo wystaje ponad części miękkie, można jej 1—2 ctm odpiłować i brzegi jej ostre i t. zw. osteofity wygładzić. Dolny brzeg płatu zeszywamy z tylnym brzegiem rany amputacyjnej, a ranę na przedniej powierzchni uda częściowo zmniejszamy szwami, częściowo pokrywamy płatkami Thierscha. W ten sposób powstają nieznaczne blizny z przodu i z tyłu po za płaszczyzną oparcia kikuta. W leczeniu następowem należy miesieniem, według zasad Hirscha, Honsla i Bungego, przyzwyczajać kikut do bezpośredniego obciążenia.

Wnioski:

1) Nie mieliśmy ani jednego przypadku niezakażonego zranienia postrzałowego kości udowej. Tak być nie może; wina tu leży w nieodpowiednio założonym pierwszym opatrunku i sposobie transportu.

2) Większość tych przypadków przybywała do naszego szpitala z haniebnymi wprost opatrunkami, bez należytego odprowadzenia, bez ustalenia, z zatamponowanemi ranami, bez sączków i t. d.

3) Zadaniem klinik i oddziału sanitarnego ministeryum wojny — lepiej przygotowywać służbę sanitarną i lepiej wyzyskiwać istniejące siły chirurgiczne, przynajmniej mieć spis lekarzy według zajęcia i odpowiednio rozdzielać: nie fizyologów, położników, ginekologów, dentystów do chirurgii, a chirurgów do badania lekko chorych (Marodenvisite) i t. d.

3) Do transportu trzeba będzie niestety i przy postrzałowych zranieniach kości udowej używać dalej i w przyszłości szyn. Trzeba jednak wyszukać najodpowiedniejsze, a za takie uważam szynę Cramer-Eiselsberga i w takie szyny o ile możności zaopatrzyć wszystkie oddziały sanitarne.

5) Rannych z postrzałowemi złamaniami kości udowej

należy jak najprędzej dostawiać do szpitali stałych, gdzieby mogli pozostać najmniej 6—8 tygodni.

6) Odpowiednio założony opatrunek wyciągowy jest w przeważnej części przypadków w początkach leczenia najlepszym, ponieważ:

a) przyczynia się do należytego ustawienia odłamków bez użycia brutalnej siły przy odprowadzaniu,

b) wystarcza dobrze założony do należytego i ciągłego ustalenia,

c) daje dobry przystęp do opatrywania ran nawet bardzo rozległych.

6) Po zlepieniu się kości złamanych, po oczyszczeniu się i zmniejszeniu ran jest prędzej lub później wskazane założenie opatrunku gipsowego, mianowicie przy zachodzącej potrzebie ewakuacyi (a nie odwrotnie — naprzód gips, a potem wyciąg).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Radca Dr A. Krokiewicz).

O wartości praktycznej metod badania chemizmu żołądka bez użycia zgłębnika

podała

Dr Helena Sokołowska.

W przypadkach, w których stosowanie zgłębnika u chorego napotyka na trudności, czy to wskutek jakiegoś przeciwwskazania, czy też oporu chorego, starano się zastąpić całkowite badanie treści żołądkowej sposobem, dozwalającym chociaż częściowo zbadać tę treść, stwierdzić przynajmniej obecność lub brak kwasu solnego wolnego, co zwłaszcza przy przypuszczeniu raka już samo przez się ma niepoślednie znaczenie.

W tym celu podano kilka metod, z których najwięcej znaną jest próba desmoidowa Sahliego. Polega ona, jak wiadomo, na tej zasadzie, że katgut ulega strawieniu tylko pod działaniem kwasu solnego i pepsyny, natomiast inne kwasy (jak mleczny) i trawienie jelitowe nie wpływają na strawienie katgutu. Wychodząc z tego założenia, stosuje Sahli pigułki, zawierające jako wskaźnik jod lub błękit metylenowy, owinięte w kofferdam i szczelnie zawiązane katgutem. Pigułkę taką podaje podczas zwykłego obiadu. W razie obecności kwasu solnego w żołądku katgut zostaje strawiony i jod lub błękit metylenowy wykazać można po pewnym czasie w ślinie lub moczu chorego.

Metoda ta, będąca według Sahliego próbą nietylko kwasu solnego wolnego, lecz w ogóle próbą prawidłowego trawienia żołądkowego, wzbudziła żywe zajęcie i wkrótce pojawił się cały szereg prac kontrolnych, które jednakże nie dały jednomyślnego wyniku. I tak gdy jedni, jak Eichler, Kühn, Kaliski, uważają próbę desmoidową za zupełnie pewną i gorąco ją polecają, to inni, jak Einhorn, Alexander, Schlesinger, odmawiają próbie tej wszelkiej wartości. Niepewność próby desmoidowej według tych autorów ma polegać na tem, że katgut w przypadkach zupełnego braku HCl może być strawiony również i przez sok jelitowy. Wprawdzie doświadczenia »in vitro« nie potwierdziły słuszności tego twierdzenia, jednakże Alexander i Schlesinger tłómaczyli ten fakt odmiennym przebiegiem spraw chemicznych w ustroju żywym, od przebiegu ich »in vitro«.

Wskutek rozbieżności sądów o wartości próby desmoidowej metoda Sahliego nie znalazła szerszego zastosowania.

Podano też i inne metody, lecz mniejszej wartości praktycznej, dlatego wspomnę o nich tylko pokrótce. I tak Edonder stosował gąbkę, uwiązaną na nitce, z której po wyciągnięciu z żołądka wyciskał sok żołądkowy. Späth zamiast gąbki stosował kuleczkę z rdzenia bzowego, napojoną rozczynem kongo i z zabarwienia wnosił o obecności wolnego kwasu solnego. W ostatnich czasach Schwarz zmodyfikował zarzuconą próbę Spätha.

Najwięcej zalet praktycznych zdaje się przedstawiać zdaniem mojem badanie żołądka zapomocą t. zw. gastrognostu Friedricha[1]). Badanie to wykonuje się w ten sposób, że nitkę, napojoną rozczynem kongo, a obciążoną kuleczką metalową, daje się połknąć choremu w 20 minut po śniadaniu próbnem, nitkę tę pozostawia się w żołądku przez pół godziny, poczem za wystający z ust koniec nitkę się wyciąga. Z zabarwienia dolnego końca nitki wnosi się o kwaśności żołądkowej, mianowicie przy braku HCl wolnego zabarwienie różowe nitki pozostaje niezmienione, w razie prawidłowej lub zmniejszonej kwaśności zabarwia się nitka mniej lub więcej niebiesko, a przy zwiększonej kwaśności zabarwia się ciemno-granatowo.

Mimo łatwego zastosowania próba Friedricha nie znalazła również jednomyślnego uznania. Zarzucono tej metodzie, że połykanie, a zwłaszcza powrotne wydobywanie gastrognostu sprawia chorym przykrość, a E. Schütz twierdzi nawet, że próba ta wogóle nie jest pewną.

Bardziej polecana jest metoda Fuldy, polegająca na tem, że po podaniu wodnego rozczynu sody, w razie obecności kwasu solnego wolnego słyszeć można w okolicy żołądka szmery, podobne do pękania pęcherzyków (Blasenknistern). Próbę Fuldy poleca między innymi Boas, jednakże nie można jej u każdego chorego stosować z powodzeniem, z przyczyn, które poniżej wykażę.

Wobec rozbieżnych do dzisiaj zdań co do wartości wyżej opisanych metod sądziłam, że wypróbowanie ich na większej liczbie chorych pozwoli na wyprowadzenie bardziej stanowczych wniosków co do praktycznej wartości tych prób. W 25 przypadkach stosowałam metody Sahliego, Friedricha i Fuldy i wyniki kontrolowałam w każdym przypadku badaniem chemicznem treści, wydobytej zgłębnikiem po śniadaniu próbnem.

Badania te dały wyniki, które uwidocznia następująca tabela (str. 98).

Jak z załączonej tablicy wynika, próba Friedricha dała we wszystkich przypadkach wyniki zupełnie zgodne z wynikiem badania chemicznego treści żołądkowej, wydobytej zgłębnikiem. Z zabarwienia nitki mniej lub więcej niebieskiego można było zawsze w przybliżeniu osądzić, czy kwaśność jest prawidłowa, nadmierna, lub też zmniejszona, w przypadkach zupełnego braku kwasu solnego wolnego zabarwienie nitki pozostawało zawsze niezmiennie różowe.

[1]) Gastrognosty wyrabia firma Poehl w Schönbaum koło Gdańska. Cena gastrognostu wynosi 1 K.

		Wynik badania chemicznego treści żołądkowej wydobytej przez zgłębnik.	Wynik próby desmoidowej Sahliego	Wynik próby Friedricha (gastrognost)	Rozpoznanie
1	W. F. l. 53	Na czczo nie wydobyto treści Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +	Ujemny	Ujemny (zabarwienie nitki różowe)	Neoplasma ventriculi latens. Atherosis arteriarum
2	J. S. l. 52	Na czczo wydobyto ca 50 cm³ treści. HCl wolny 45⁰, ogólna kwaśność 60⁰. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 30⁰.	Dodatni (po 3 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Stenosis pylori post ulcus. Gastrectasia
3	T. Ł. l. 40	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 25⁰, ogólna kwaśność 36⁰ Sanguis +	Dodatni (po 8 godzinach)	Dodatni (zabarwienie słabo niebieskie)	Insuff. m. cordis. Hyperaemia intestinorum
4	W. Ś. l. 51	Na czczo wydobyto ca 100 cm³ treści zastoinowej, HCl wolny O. Kwaśność ogólna 5⁰, kwas mleczny +. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny + sanguis +	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Stenosis pylori neoplasmatica sbsq. gastrectasia
5	M. N. l. 19	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 30⁰, ogólna kwaśność 45⁰.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Hysteria
6	A. P. l. 45	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny O.	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Neoplasma latens ventriculi. Gastrectasia et gastroptosis
7	K. P. l. 21	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 90⁰, ogólna kwaśność 90⁰.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno granatowe, prawie czarne)	Hyperaciditas
8	J. O. l. 50	Na czczo wydobyto kilka cm³ treści. HCl wolny O, ogólna kwaśność O. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwaśność ogólna O.	Ujemny	Ujemny (zabarwienie różowe)	Anachloridia
9	J. K. l. 55	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 45⁰, kwaśność ogólna 60⁰.	Dodatni (po 10 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Hyperaciditas
10	J. D. l. 25	Na czczo wydobyto ca 200 cm³ treści zastoinowej. HCl wolny 30⁰, kwaśność ogólna 50⁰. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 90⁰, ogólna kwaśność 95⁰.	Dodatni (po 8 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno granatowe, prawie czarne)	Catarrhus ventriculi acidus Gastrectasia. Stenosis pylori post ulcus
11	T. W. l. 20	Na czczo wydobyto około 10 cm³ treści. HCl wolny O, kw. ogólna O. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 15⁰ kw. ogólna 30⁰, kwas mleczny —.	Dodatni (po 14 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Icterus catarrhalis. Tumor hepatis
12	K. S l. 36	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 40⁰, ogólna kwaśnosć 60.	Ujemny	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Hysteria
13	M. M. l. 44	Na czczo wydobyto około 5 cm³ treści żołądkowej, obojętnie oddziałującej. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 25⁰, ogólna kwaśność 50⁰.	Dodatni (po 9 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Catarrhus ventriculi in alcoholico
14	S. J. l. 50	Na czczo wydobyto około 100 cm³ treści fusowatej. HCl wolny O, kw. ogólna 10⁰, kwas mleczny +, sanguis +. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +, sanguis +.	Ujemny	Ujemny	Neoplasma ventriculi. Peritonitis neoplasmatica. Cachexia
15	J. K. l. 46	Na czczo wydobyto 20 cm³ treści. HCl wolny 85⁰, kw. ogólna 90⁰. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 80⁰, kw. ogólna 100⁰.	Dodatni (po 3 godzinach)	Dodatni (zabarwienie prawie czarne)	Hyperaciditas
16	A. Ż. l. 33	Na czczo wydobyto około 100 cm³ treści zastoinowej, HCl wolny 35⁰, ogólna kwaśność 45⁰. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 50⁰, ogólna kwaśność 60⁰.	Dodatni (po 20 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Gastrectasia post stenos. post ulcus
17	K. B. l. 20	Na czczo nie wydobyto treści Po śniadaniu próbnem HCl wolny 60⁰, kwaśność ogólna 90⁰.	Dodatni (po 5 godzinach)	Dodatni (zabarwienie granatowe)	Hyperaciditas
18	A. S. l. 60	Na czczo wydobyto około 60 cm³ treści fusowatej, HCl wolny O, kwaśność ogólna 10⁰, kwas mleczny +, sanguis +. Po śniadaniu próbnem HCl O, kwas mleczny +, sanguis +.	Ujemny	Ujemny	Ca ventriculi. Carcinomatosis peritonaci et pleurae
19	M. M. l. 31	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 35⁰, ogólna kwaśność 60⁰.	Dodatni (po 11 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Cholelithiasis
20	T. P. l. 24	Na czczo wydobyto ca 100 cm³ treści. HCl wolny 10⁰. Kwaśność ogólna 20⁰. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 40⁰, kwaśność ogólna 65⁰.	Dodatni (po 16 godzinach)	Dodatni (zabarwienie niebieskie)	Tetania c gastrectasia
21	C. H. l. 46	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +.	Ujemny	Ujemny	Neoplasma ventriculi metastases hepatis. Icterus

		Wynik badania chemicznego treści żołądkowej wydobytej przez zgłębnik.	Wynik próby desmoidowej Sahliego	Wynik próby Friedricha (gastrognost)	Rozpoznanie
22	C. N. l. 15	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 45⁰, kwaśność ogólna 60⁰.	Dodatni (po 4 godzinach)	Dodatni (zabarwienie ciemno niebieskie)	Hysteria
23	M. G. l. 20	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny 15⁰, ogólna kw. 25⁰.	Dodatni (po 6 godzinach)	Dodatni (zabarwienie blado niebieskie)	Hypaciditas. Polyarthritis. Endocarditis mitralis
24	Z M. l. 30	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwaśność ogólna O.	Ujemny	Ujemny	Anachloridia. Anaemia.
25	J. S. l. 54	Na czczo nie wydobyto treści. Po śniadaniu próbnem HCl wolny O, kwas mleczny +.	Ujemny	Ujemny	Ca ventriculi

Chorym pozwalałam zawsze popijać pigułkę przy połknięciu wodą, co, jak się okazuje, nie wpływało wcale na wynik próby, a miało ten dodatni wpływ, że chorzy z łatwością połykali gastrognost. Wydobywanie gastrognostu również nie sprawiało chorym żadnej przykrości, ani nie pobudzało do ruchów wymiotnych, mimo że wśród badanych chorych było kilka osobników o wzmożonej pobudliwości nerwowej, a nawet jeden chory na tężyczkę.

Próba Sahliego z wyjątkiem jednego przypadku (l. 12) wypadała również stale zgodnie z wynikami badania chemicznego treści żołądkowej, wydobytej zgłębnikiem. Do prób używałam pigułek, zawierających błękit metylenowy; zabarwienie moczu niebieskie występowało w razie obecności HCl wolnego w 3–20 godzin po zażyciu pigułki. We wspomnianym przypadku, gdzie próba desmoidowa wypadła odmiennie od wyniku badania chemicznego, chodziło o chorą, u której kwaśność po śniadaniu próbnem była prawidłowa, a próba desmoidowa, stosowana tego samego dnia podczas obiadu, dała wynik ujemny. Różnicy tej nie można sobie było tłómaczyć zmiennem wydzielaniem kwasu solnego, ponieważ kilkakrotne kontrolne badanie zgłębnikiem wykazywało zawsze obecność kwasu solnego nawet po słabo pobudzającem do wydzielania schematycznem śniadaniu próbnem; kwaśność więc po obiedzie, zastosowanym do apetytu, musiała być jeszcze znaczniejsza. Wynik ujemny próby Sahliego polegać mógł tylko na zwiększonej sprawności ruchowej żołądka, wskutek czego kwas solny zbyt krótko działał na katgut. Istotnie u chorej tej w $^1/_2$ godziny po śniadaniu treści z żołądka wydobyć już nie było można. Zapatrywanie to zgadza się zresztą zupełnie z poglądami samego twórcy metody, gdyż Sahli wyraźnie sam zaznacza, że próba ta jest zależna nietylko od chemizmu, lecz także od sprawności ruchowej żołądka. W żadnym przypadku nie mogłam natomiast stwierdzić, jak Alexander i Schiesinger, aby przy braku kwasu solnego (anachloridia) próba desmoidowa wypadła dodatnio czy to pod wpływem działania soku jelitowego, czy też wskutek działania kwasu mlecznego w żołądku.

Próbę Fuldy stosowałam w tej samej liczbie przypadków. U trzech chorych nie dało się zupełnie metody tej zastosować, gdyż osłuchiwanie żołądka przed użyciem sody wykazywało szmery i bulkotania. U jednej chorej z wadą serca udzielone szmery sercowe tak głośno były słyszalne w okolicy żołądka, że tłumiły wszelkie inne szmery; wreszcie w 2 przypadkach zmniejszonej kwaśności charakterystyczne pękanie pęcherzyków było tylko słabo i niewyraźnie zaznaczone.

Rozpatrując wyniki badań co do wartości stosowanych metod, należy odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania: 1) Której z trzech stosowanych metod, mających na celu oryentacyę w chemizmie żołądka, należy oddać pierwszeństwo? 2) Czy stosowanie tego rodzaju sposobów badania w ogólności należy uważać za postęp dyagnostyczny, zasługujący na rozpowszechnienie?

Co do pierwszego pytania podnieść należy zalety metody Friedricha, której tam, gdzie nie możemy użyć zgłębnika, należy się bezwarunkowo pierwszeństwo. Jak wspomnieliśmy, nie zawiodła ona ani razu; zaletę jej stanowi również względna taniość i oszczędność czasu, gdyż gastrognost dostajemy z fabryki gotowy do użycia.

Tuż obok postawić należy dobrze pomyślaną metodę desmoidową Sahliego. Ujemną stroną tej próby jest natomiast to, że sprawia ona dosyć dużo zachodu, mianowicie pigułki trzeba sobie przyrządzać samemu, do czego potrzebna jest pewna wprawa (zwraca na to uwagę Sahli), gdyż niewłaściwe zawiązanie katgutu może być przyczyną błędnych wyników. (Być może, że przypadki Schlesingera i Alexandra należy do tego odnieść). Zależność od jakości materyału, t. j. katgutu, a także konieczność badania czasem i kilku porcyi moczu, zanim się w nim stwierdzi obecność wskaźnika, utrudniają użycie tej metody. Ale nie na tem koniec. Tam, gdzie nie mamy zamiaru wogóle użyć zgłębnika, pozorna zaleta metody desmoidowej, polegająca na tem, że daje ona zarazem pojęcie o ruchowej sprawności żołądka, może stanowić równocześnie jej wadę, gdyż jak to z przypadku Nr 12 wynika, może ona dać wynik błędny wskutek wzmożonej czynności ruchowej żołądka. Rzecz ta nie jest bez znaczenia, gdy zważymy, że w początkowych stanach raka żołądka skutkiem niedomykania się odźwiernika żołądek niezwykle szybko się opróżnia. Oczywiście stosując jedynie próbę Sahliego, otrzymamy wynik dwuznaczny, niepodobna bowiem będzie orzec, czy ujemny wynik próby zależy od braku wolnego kwasu solnego, czy też od względnie krótkiego czasu, przez który kwas solny działa na katgut. Sądzę, że w tych razach wada znów się zamieni na zaletę, gdy w odpowiednich przypadkach skombinujemy obie metody: Friedricha i Sahliego. Odpowiedź wówczas nietylko nie będzie mogła wypaść dwuznacznie, ale nadto taka połączona metoda umożliwi zoryentowanie się bez zgłębnika nietylko w istnieniu lub braku kwasu solnego wolnego, lecz także w wykryciu ewentualnego wzmożenia czynności ruchowej żołądka. Jeśli bowiem próba Friedricha wypadnie dodatnio, a próba Sahliego ujemnie, to należy wnosić, że kwas solny wolny jest obecny, a czynność ru-

chowa żołądka wzmożona. Obie metody uzupełniają się więc niejako, tak że stosowanie we właściwych przypadkach obu metod dać może rozpoznawczo więcej, niż stosowanie tylko jednej.

Metoda Fuldy stoi, jak wynika z naszych doświadczeń, praktycznie niżej od metody Friedricha i Sahliego, tak, że z niemi współzawodniczyć nie może.

Odpowiedź na drugie z postawionych pytań, t. j. czy tego rodzaju metody są istotnym postępem w dyagnostyce i czy zasługują na rozpowszechnienie, zależy oczywiście od kąta, pod którym rzecz całą rozpatrujemy. Rozumie się samo przez się, że w badaniach ściśle naukowych metody te stosowane być nie mogą, jako mniej ściste, a co ważniejsza jednostronne, gdyż dają nam tylko pojęcie o istnieniu lub braku kwasu solnego. Inaczej jednak w praktyce, gdzie prócz wskazań do równego głosu dochodzą przeciwwskazania. Badanie zgłębnikiem, jako niewątpliwie przykre, napotyka często na opór ze strony chorego, wskutek tego stosuje się je nieraz rzadziej, a przedewszystkiem później, niżby to robić należało, co gdy chodzi np. o raka żołądka, nie jest bez znaczenia. Pamiętać też należy, że zwłaszcza u chorych tej kategoryi, chorych, z natury rzeczy będących już w wieku późniejszym, występuje dosyć często ważne przeciwwskazanie do zgłębnikowania z powodu częstej miażdżycy, z czem również lekarz liczyć się musi, ograniczając ile możności przykry, a nieraz i nieobojętny dla chorego zabieg. Także obawa krwotoku z żołądka wstrzymuje niejednokrotnie od zgłębnikowania. Jeżeli zważymy, że właśnie przy podejrzeniu co do raka żołądka istnieją często powyżej wymienione przeciwwskazania i trudności w użyciu zgłębnika, że z drugiej strony właśnie przy tej chorobie wykazanie braku wolnego kwasu solnego samo przez się daje już rozpoznawczo wiele, to przyznać musimy, że pojawienie się tych metod należy uznać ze stanowiska czysto praktycznego za niewątpliwy postęp w dyagnostyce. Rozpowszechnianie tych metod jest tembardziej wskazane, iż równoczesne stosowanie systematycznego badania kału co do krwi utajonej i kontrola wagi chorego pozwoli nieraz względnie wcześnie rozpoznać nowotwór żołądka, gdyby tego rodzaju badanie, dla chorego zupełnie nieuciążliwe, stosowane było na szerszą skalę w każdym, chociaż tylko lekko podejrzanym przypadku.

Z powyższych spostrzeżeń i wywodów nie wynika bynajmniej, abyśmy mieli wartość metod tych przeceniać, względnie nie doceniać wyższości metod dokładniejszych. Wszak wykazanie zalegającej na czczo treści, jej wejrzenie, zapach, obecność w niej krwi, mikroskopowe badanie treści, tylko użycie zgłębnika umożliwia; jednakże metody te już przez to samo mają wartość niepoślednią, że w przypadkach bezwzględnego przeciwwskazania dają przynajmniej jeden rozpoznawczo ważny szczegół.

Streszczając, należy zaznaczyć, co następuje: Stosowanie metody Friedricha i Sahliego, względnie w pewnych przypadkach obydwu tych metod, powinno znaleść szersze zastosowanie, niż dotychczas bywało, gdyż metody te, dla chorego zupełnie niebolesne, dla lekarza (zwłaszcza metoda Friedricha) łatwe w wykonaniu, często praktycznie (zwłaszcza przy uwzględnieniu badania stolca i zachowania się wagi) są wystarczające i dają wyniki pewne. Mimo jednak użyteczności i celowości tych metod zachowują oczywiście dawne metody ściślejsze nietylko w badaniach naukowych, ale niejednokrotnie i w dyagnostyce praktycznej, swą moc obowiązującą.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna.

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Paradoksalne ruchy przepony.

Paradoksalne ruchy przepony (objaw Kienböcka) t. j. podnoszenie się podczas wdechu i opuszczanie się podczas wydechu, są objawem bardzo częstym, mającym za warunek pewne unieruchomienie przepony pod wpływem ciśnienia od góry, albo nawet wywrócenie, czyli wypuklenie ku jamie brzusznej. — Jakie są przyczyny? Zgody na tym punkcie niema. Wymienimy trzy, a mianowicie: 1) Ciśnienie w jamie brzusznej od strony zdrowej przy wdechu. 2) Skurcz przepony, który przy takiem jej ustawieniu, zamiast opuszczać, podnosi ją do góry. 3) Trzecia przyczyna, wedle teoryi Bittorfa, opartej na doświadczeniach u królików i u człowieka, polega na tem, że ciśnienie ujemne w jamie odmowej samo przez się zupełnie wystarcza dla wywołania objawu Kienböcka. — Zastanawiając się bliżej, trudno orzec, czy w danym przypadku działa jeden ze wspomnianych czynników, czy połączenie kilku lub wszystkich i w jakiej mierze. Sprawa nie jest ostatecznie rozstrzygnięta. — Łącznie z tem wymienimy objaw, spostrzeżony przez asystenta naszego sanatoryum, dr Rozpędzihowskiego, a mianowicie: zwiększenie stłumienia przy wysiękach w odmie, na dolnej tylnej granicy podczas wdechu i naodwrót, objaw niestały. Gdzie paradoksalne ruchy sprowadzone do minimum, tam dolna tylna granica pozostaje nieruchomą, jak przy szczelnych zrostach

Bliższe i dalsze skutki uciśnięcia płuca.

Przedewszystkiem wpływ uciśnięcia na oddychanie i krążenie. — Weźmy liczby. Największa pojemność płuc (vitale Kapazität) wynosi średnio 3500 cm³. Przy spokojnym wdechu i wydechu podlega wymianie średnio 500 cm³ czyli $^1/_7$ całej pojemności. Ponieważ powietrze zapasowe wynosi średnio 1500 cm³, więc przy głębszem i częstszem oddychaniu jedno płuco teoretycznie powinno podołać sprawie utleniania powietrza w granicach dostatecznych dla potrzeb fizyologicznych. Praktyka harmonizuje z teoryą. Badania Cavallero i Riva-Rocciego u chorych na gruźlicę płuc, z odmą lub bez niej, albo na krupowe zapalenie płuc, wykazują, że ograniczenie powierzchni oddechowej do $^1/_3$ przy zachowaniu spokoju nie wpływa ujemnie ani na wentylacyę płuc, ani na chemizm oddychania. Badania Forlaniniego nad chemizmem oddychania u chorej z odmą od 8 lat wykazują, że odbywa się on prawidłowo i że płuca zachowały swą sprawność czynnościową. Przy powyższych obliczeniach przypuszczaliśmy, że płuco uciśnięte zupełnie nie odbywa swych czynnosci, klinika zaś wykazuje, że idealna odma z całkowitem uciśnięciem płuca nie jest rzeczą powszednią.

Przechodzimy do krążenia Tu wyniki badań są wręcz sprzeczne. Już w 1855 Poiseuille wykazuje, że przy wdechu naczynia włoskowate w płucach wydłużają się, kaliber ich zwęża się, wskutek czego wynika utrudnienie w krążeniu. Ten stan naczyń włosowatych wykazał przed 6 laty Cloetta

na podstawie szeregu doświadczeń na zwierzętach (kotach, psach i królikach), popartych badaniami składu chemicznego krwi, oraz badaniami drobnowidowemi preparatów z uciśniętego i nieuciśniętego płuca; doszedł on do wniosku, że płuco uciśnięte jest lepiej ukrwione. Dawniej takie zapatrywanie wyrażali Quincke, Lichtheim i Zunz (przytoczeni przez Meyersteina), a w ostatnich latach Meyerstein i Sackur.— Brauer i jego szkoła zajmują wręcz przeciwne stanowisko. O. Bruns (klinika Brauera) badał zapomocą metody kolorymetrycznej ilości krwi w obu płucach królika i doszedł do wniosku, że po wytworzeniu otwartej chirurgicznej odmy w ciągu 10 sekund do 10 minut jest ilość krwi w uciśniętem płucu wybitnie mniejsza, niż w nieuciśniętem. Tak samo — wedle niego — dzieje się w odmie zamkniętej już po upływie doby. Wyniki badań Brunsa, których dokładność mocno kwestyonuje Cloetta, są punktem wyjścia dla Brauera w ocenie ważnych zjawisk klinicznych. Zarówno Brauer, jak Forlanini twierdzą, że przekrwienie drugiego płuca, gdy jest ono zdrowe lub lekko zmienione, wywiera na nie wpływ dodatni. Fakty kliniczne przemawiają za i przeciw tej drugiej teoryi. — Niewiadomo więc, która z nich dwóch, — czy lepsze ukrwienie uciśniętego czy też nieuciśniętego płuca, — jest słuszna, zwłaszcza, że obie opierają się na doświadczeniach. — Mamy liczne szeregi przypadków, gdzie odma, przy szybko postępującej sprawie rozpadowej, daje trwałe dodatnie wyniki, choć i drugie płuco było wyraźnie zmianami dotknięte; mamy i wręcz przeciwne przypadki, również częste. — Sprawa staje się powikłaną, gdyż wchodzą tu w grę zbyt różne czynniki biologiczne, aby można było rzecz przez większe ukrwienie, czy »zniedokrwienie« w prostej linii wyjaśnić. Już wyrównawcza oddechowa czynność zdrowego płuca, — przyjmując zgodnie z Brauerem, że idzie ona w parze z lepszem jego ukrwieniem — nasuwa poważne wątpliwości. Wedle badań Tendeloo, największe ilości krwi i limfy dostają się przy oddychaniu do najbardziej rozszerzalnych części płuc, t. j. do części zewnętrzno boczno-tylnych i dolnych. Hymans, opierając się na zdaniu Tendeleo i na swych własnych spostrzeżeniach klinicznych, wyraża obawę, że przy wyrównawczem działaniu zdrowego płuca jady gruźlicze ze środkowych jego części — (które, jak wykazuje rentgenoskopia, »bardzo często pierwotnie są dotknięte) — mogą być przeniesione do części obwodowych«. Sorgo przytacza własne przypadki z niewielką sprawą szczytową w nieuciśniętem płucu, stwierdzoną fizycznie i rentgenologicznie, gdzie po 8 miesiącach pomyślnego przebiegu odmy następowało pogorszenie i szybki rozwój gruźlicy w tem właśnie nieuciśniętem płucu. Zachodziłaby więc konieczność stwierdzenia, że nieuciśnięte płuco jest istotnie zdrowe, co jest rzeczą niezmiernie trudną, a dalej — konieczność określenia granic jego zdolności wyrównawczej, czego ani teorya, ani praktyka ustalić dotąd nie zdołały.

Również zawikłane jest działanie odmy na czynność serca. Szkoła Brauera twierdzi stanowczo, że przy zamkniętej odmie serce nie ulega zmianom czynnościowym. Anatomia patologiczna zaprzecza takiemu twierdzeniu. O. Bruns zapomocą wagi wykazał przerost komory prawej u psów, królików i kóz przy zamkniętej odmie, trwającej od 3—5 miesięcy. Również znalazł on trzechkrotne rozszerzenie prawej komory serca u psa, któremu wpuścił w uśpieniu odrazu $1\frac{1}{4}$ litra azotu do opłucnej i wywołał natychmiastową śmierć. Sekcye stwierdzają przerost komory prawej u chorych ludzi, i to u takich, gdzie przed wytworzeniem odmy płucnej nie było żadnych objawów przerostu, czynność zaś serca pozostawała prawidłową. Przejdźmy do przypadków różnych badaczy. Carlström: zejście po 2 miesiącach odmy; znaczne rozszerzenie i przerost komory prawej bez żadnej anatomicznej zmiany zastawek i ujść. Hymans: zejście po 37 dniach odmy; prawy przedsionek rozszerzony, prawa komora trochę mniej. Weiss: rozszerzenie komory prawej; bliższych szczegółów brak. A. Schmidt: po 20 dniach odmy: przerost i mierne rozszerzenie serca prawego u 32-letniego chorego, u którego za życia oprócz obustronnej gruźlicy płuc »inne narządy nie przedstawiały zmian«.

Saugmann zajmuje odrębne stanowisko, twierdząc, że wyrównawczy przerost prawej komory serca jest do pewnego stopnia objawem pomyślnym i tylko w takim razie staje się szkodliwym, gdy przy leczeniu odmą, drugie płuco ciężko jest dotknięte. — Twierdzenie swoje popiera Saugmann wynikami sekcyi u chorych, leczonych sztuczną odmą i zmarłych wskutek ciężkiego schorzenia drugiego płuca. — Przyczyna przerostu leży bezwątpienia w nadmiernej pracy prawego serca, ale dlaczego u jednych chorych przy odmie następuje taka zmiana, u drugich nie, wyjaśnić trudno. Fakt jednak pozostaje faktem i nie wolno, jak to czyni Brauer, przechodzić nad nim do porządku dziennego.

Z drugiej znów strony działanie dodatnie odmy na sprawę krążenia jest zupełnie pewne. Widzimy jako zjawisko bardzo częste, już w kilka dni po wytworzeniu odmy, upadek tętna, np. ze 120 do liczby prawidłowej, co tłumaczy się ogólnem »odtruciem« ustroju. — Zdarzają się znów przypadki bradykardyi, tętno n. p. 50, które przy lewostronnej odmie, Brauer usiłuje wytłumaczyć przez ucisk na nerw błędny. Tłumaczenie zanadto ogólnikowe, skoro przy znacznem, zupełnem nawet przesunięciu się śródpiersia w jedną, lub drugą stronę uderza ta właśnie okoliczność, że czynność serca pozostaje prawidłową.

Przechodząc dalej do działania odmy na ustrój, postaramy się, o ile możności, rozpatrzeć przyczyny całego szeregu objawów, jak zmniejszenie kaszlu i wydzieliny, spadek ciepłoty, polepszenie objawów podmiotowych, jak stan ogólny, sen, apetyt i trawienie i t. d.

Zmniejszenie wydzieliny i kaszlu da się wytłumaczyć mechanicznie i fizyologicznie, a mianowicie przez ucisk płuca i ograniczenie jego czynności, czyli sprowadzenie narządu oddychania do względnego spokoju, następnie przez zmniejszenie szkodliwych czynników, pochodzących z zewnątrz (pył, drobne cząstki organiczne lub nieorganiczne i t. d.) oraz — i to może najważniejsze — zmniejszenie ilości toksyn, pobudzających do wydzieliny i do kaszlu. Z drugiej strony, również mechanicznie, przez wyciśnięcie da się wytłomaczyć znaczne zwiększenie wydzieliny, a z nią i kaszlu, w najbliższych godzinach i dniach po wytworzeniu odmy. — Inne ujemne objawy, jak np. bóle w klatce piersiowej, dadzą się wytłumaczyć rozciąganiem zrostów, ustępują bowiem po ich rozluźnieniu, co stwierdzono zapomocą promieni Röntgena. — Mierna duszność w niektórych przypadkach ma za przyczynę zbytnie ciśnienie, ustępuje bowiem po wypuszczeniu pewnej ilości gazu. Bywa jednak raptowna silna duszność, połączona z sinicą i drobnem tętnem; ustępuje ona również po wypuszczeniu gazu i ma prawdopodobnie za przyczynę ucisk pasm zrostowych na duże naczynia.

Spadek ciepłoty, czasem bardzo szybki i bardzo znaczny, oraz polepszenie objawów podmiotowych, czasem również bardzo szybkie i bardzo znaczne, dadzą się wytłumaczyć przez ogólne »odtrucie ustroju«. Anatomia patologiczna wskazuje nam tu drogę. Bruns stwierdził przy zamkniętej odmie u królików (czas trwania 1—92 dni) znaczne rozszerzenie naczyń limfatycznych w przegrodach płucnych i w opłucnej. — To samo stwierdzili różni badacze na sekcyach u ludzi: Kistler, Hymans, Warnecke i t. d. Rozszerzenie naczyń limfatycznych tłumaczy nam zwolnienie obiegu jadów gruźliczych, zmniejszone ich wsysanie, a więc i dodatnie skutki dla ustroju. Ale tłumaczenie nie jest tak proste, jakby się na pozór wydawać mogło. Shingu w swych doświadczeniach na królikach, u których wytwarzał odmę zamkniętą po wziewaniu sadzy, zauważył był, że komórki obładowane sadzą przenikały do tkanki łącznej obficiej, niż w płucu nieuciśniętem i napełniały drobne śródmiąższowe grudki limfatyczne w płucach, jak też gru-

czoły chłonne oskrzelowe, również obficiej, niż w drugiem płucu[1]).

Różni autorowie, przenosząc takie wyniki na człowieka, zapytują, czy na tej drodze, pomimo miejscowego zastoju limfy, nie mogą się roznosić jady po ustroju, tembardziej, że przy wydechu uciśnięte płuco nie może uwolnić się od ciał obcych. Graetz wyraźnie powiada: »Nie wolno zapominać, że właśnie w tem łatwem przenikaniu ciał obcych do szczelin limfatycznych leży niebezpieczeństwo rozpowszechnienia sprawy gruźliczej w ustroju«. Zastój więc w krążeniu limfy wydaje się bronią obosieczną, a sprawa odtrucia ustroju na tej drodze dość zawikłaną. Jak np. wytłumaczyć nieprawidłowy przebieg ciepłoty? Spada ona, jak wyżej podnieśliśmy, szybko i znacznie, i to często zaraz po wytworzeniu odmy; przy dalszych napełnianiach jednak nieraz podnosi się i przebieg jej bywa bardzo fantastyczny, nie równoległy do stopnia ucisku płuca. Wedle teoryi Brauera, przy coraz większym zastoju limfy powinnaby ciepłota coraz bardziej spadać. Tymczasem obfity materyał kliniczny wykazuje przebieg jej po linii mocno krzywej, wahania zaś nie dadzą się dostatecznie uzasadnić na tle całego przebiegu odmy.

Również niejasno przedstawia się sprawa trawienia, a łącznie z nią zachowanie się wagi ciała. Apetyt i trawienie, jak wyżej wspomnieliśmy, poprawiają się czasem bardzo szybko i wybitnie. Zdarzają się jednak, i to nierzadko, objawy niestrawności (dokuczliwe bóle w żołądku, wzdymania, odbijania i t. d.), które niektórzy usiłują wyjaśnić przez ucisk przepony na wątrobę lub żołądek, albo jako niestrawność nerwową (»Vagusdyspepsie« Brauer). Natężenie jednak tych objawów nie stoi w prostym stosunku do ucisku, zaś »Vagusdyspepsie« wydaje się nam zbyt dowolnem tłomaczeniem. Nie mamy dotąd dokładnych badań sprawności ruchowej i chemicznej żołądka na większym materyale chorych z odmą. Sądzimy, że badania takie z uwzględnieniem ujemnej strony zastoju limfy mogą dać klucz do wyjaśnienia tej sprawy.

Co się tyczy wagi, wiadomo, iż przy wyłącznem klimatycznem leczeniu w sanatoryach zwiększa się ona u tysięcy chorych, a więc może służyć, jako wskaźnik poprawy zdrowia. Przy odmie u wielkiej liczby chorych zachowuje się waga nader nieprawidłowo. Gdy np. przebieg leczenia jest pod każdym względem bardzo pomyślny, waga przez długie okresy czasu spada, lub waha się nader fantastycznie, a czasem nawet po wyleczeniu nie wraca do tej, jaką była przed odmą. Charakterystyczny przykład u Brauera. Ciężko chora od lat 5, wyleczona w 2 lata od wytworzenia odmy; utrata wagi wynosi $7^1/_2$ kg. — Sorgo zauważył spadek wagi u 70% wśród swych chorych. Zjawiska takie ani brakiem łaknienia, ani zaburzeniami w odżywianiu się, wytłómaczyć się nie dadzą. Przyczyny są dotąd nie zbadane.

Z kolei poruszymy jedno z najważniejszych następstw ucisku płuca, a mianowicie znikanie laseczników gruźliczych. Niemal jednozgodnie klinicyści, stosujący odmę sztuczną, stwierdzają, iż laseczniki giną w większym stopniu, niż przy leczeniu klimatycznem, połączonem nawet ze swoistem. Nie może być sporu na tym punkcie, że sprawdzianem wyleczenia gruźlicy jest stałe zniknięcie prątków. Należy tylko zrobić tu zastrzeżenie, aby zniknięcie było istotnie stałe. Klinika bowiem daje nam przykłady, że u ludzi »wyi swoistych nieubłaganie naprzód, zostają w swym rozwoju dzięki odmie wstrzymane. Popatrzmy, co nam dają sekcye. Z dostępnego piśmiennictwa mamy tylko 30, z których da leczonych« i od szeregu lat zdolnych do pracy, pokazują się na nowo laseczniki i włókna sprężyste, czasem w znacznej ilości.

Pytanie, jakie są przyczyny znikania prątków gruźliczych przy odmie? Przedewszystkiem te same, co przy zwykłem leczeniu klimatycznem. Tu, jak nas poucza klinika, następuje naprzód odtrucie ustroju, uwolnienie go od dolegliwszych objawów zatrucia, czyli polepszenie stanu chorego, dzięki większemu lub mniejszemu uodpornieniu ustroju przeciw toksynom. Przy zmienionych tym sposobem warunkach biologicznych, stanowi ustrój grunt mniej podatny dla rozwoju prątków. W gruźlicy, jak i w każdej innej sprawie zakaźnej, chodzi głównie nie o ilość zarazków na początku schorzenia, — o ile ustrój jest zdolny uporać się z niemi, — lecz o te ilości, które powstają przy ich szybkiem rozmnażaniu, a także o ilości wydzielających się z nich endotoksyn lub egzotoksyn. Ustrój przyjmuje zarazki; te rozmnażają się, wydzielają coraz większe ilości trucizn w pewnych możliwych dla jego istnienia granicach, ustrój zaś oddziaływa na nie wytwarzaniem odpowiedniej ilości odtrutek. Przy leczeniu odmą sprawa ta odbywa się w przyspieszonem tempie. Zaznaczyliśmy już wyżej, że różne objawy zatrucia, dzięki zastojowi limfy, znikają, czasem dość szybko. Możemy więc powiedzieć, że dynamika ma wpływ na powikłane sprawy biologiczne.

Ale obok tego czynnika, wpływającego hamująco drogą pośrednią na rozwój lasecznika, mamy jeszcze dwa inne, natury fizyologiczno-biologicznej, powstałe także na drodze mechanicznej, ale działające bezpośrednio. Ucisk płuca pociąga bowiem za sobą w prostej linii dwa następstwa: Stwardnienie tkanki płucnej i zmniejszenie się ilości tlenu, nietylko w całej rozciągłości narządu oddechowego wskutek mniejszego dostępu powietrza, ale wszędzie w tkance płucnej wskutek zmniejszenia się ilości tlenu we krwi[2]). W tkance zaś znajduje się główne siedlisko prątków. Samo stwardnienie tkanki, przechodzące, jak wskazujemy niżej, stopniowo w jej zbliznowacenie, przedstawia grunt niepodatny dla rozwoju prątków. Brak tlenu działa hamująco na rozwój laseczników, będących z natury swej tlenowcami. Tym sposobem sztuczna dynamika stwarza podłoże biologiczne, nieprzyjazne we wszelkich kierunkach dla rozwoju lasecznika.

Jeszcze słowo o hypotezie Dausa w tej sprawie. Opierając się na znanych badaniach Auclaira, który twierdzi, że z lasecznika można otrzymać dwie części składowe: wyciąg chloroformowy, wywołujący rzekomo przemianę włóknistą, i eterowy, wywołujący w tkance płucnej zserowacenie, przypuszcza Daus, że brak tlenu wywołuje rozpad lasecznika, przyczem części zdolne do życia tylko w tlenie giną, beztlenowe zaś rozwijają się i wytwarzają zmiany włókniste.

Ostateczne skutki uciśnięcia płuca.

Przechodzimy do ostatecznych skutków anatomicznych, gdzie głos rozstrzygający ma anatomia patologiczna. Zauważmy, że wedle Brauera, Beneckego, Graetza, Siliga i innych, silny rozrost tkanki łącznej następuje pod wpływem nagromadzenia większej ilości toksyn na mniejszej przestrzeni. Toksyny mają odgrywać rolę bodźca w tej sprawie. Powstają tu odrazu następujące pytania: W jakiej mierze i w jakich postaciach gruźlicy sprzyja odma rozwojowi tkanki łącznej, pomagając samorodnemu przebiegowi sprawy? Czy rozwój jej jest zależny od czasu trwania ucisku? Czy powstrzymuje wytwarzanie się świeżych gruzełków płucnych? Czy rozwój ten nie przynosi ujmy czynności płuc?

Już z góry w niektórych przypadkach klinika sprawę tę rozstrzyga. Widzimy bowiem, że sprawy rozpadowe, posuwające się pomimo wszelkich środków klimatycznych

---

[1]) Zwolennicy odmy »bez zastrzeżeń« powołują się nawet na badania Piggera nad wskaźnikiem opsonicznym, który rzekomo ma się zwiększać przy każdem napełnianiu. Przy bliższem jednak rozpatrzeniu jego tablic, dotyczących nota bene tylko 5 chorych, — związku przyczynowego dopatrzeć się trudno. Zauważmy nadto, że Courmont (cyt. przez Dumaresta) w swych badaniach nad aglutynacyą przy odmie nie może dojść do żadnego określonego wniosku z powodu nieprawidłowości wahań.

[2]) Sackur wykazał w swych doświadczeniach nad otwartą chirurgiczną odmą u królików, że ilość tlenu w tętnicy szyjnej mocno spada.

się zużytkować tylko 21 [1]) (reszta niekompletne). Jako ilustracyę pomyślnych zmian anatomicznych pod wpływem odmy, przytaczamy jeden z 3 przypadków Graetza (klinika Brauera). Na jego bowiem sekcyjne wyniki zwolennicy odmy »bez zastrzeżeń« chętnie się powołują, jako na argumenty dowodowe.

Przypadek Graetza dotyczy 20-letniego mężczyzny, chorego od 4 lat, z dużemi zmianami naciekowo-rozpadowemi w płucu prawem, małemi w lewym szczycie, nadto gruźlica krtani; zejście śmiertelne w 53 dni po odmie. Przy sekcyi znaleziono: Prawe płuco wielkości 2 pięści, zupełnie bezpowietrzne, zbitości mięśnia. W górnym płacie jama, długości 7 cm, o brzegach ściśle przylegających, dokoła tkanka zbita, jak mięsień. Tkanka płatu środkowego takasama. W dolnym płacie liczne gruzełki w środku zserowaciałe, otoczone tkanką włóknistą. Opłucna na całem płucu zgrubiała, włóknista. Obraz drobnowidowy: Już pod lupą widać silny rozwój tkanki łącznej, częściowo zupełnie bliznowatej. Pęcherzyki do tego stopnia uciśnięte, że tylko miejscami można rozpoznać ich dawną budowę. W uciśniętej tkance duża ilość zserowaciałych w środku guzków, otoczonych torebką ze starszej lub młodszej tkanki łącznej. Cienkie pasemka tkanki łącznej przecinają zserowaciałą masę we wszelkich kierunkach. Dokoła dużych naczyń i oskrzeli duże twarde ogniska włókniste. Miejscami ogniska zapalenia płuc, ale i tu widać wyraźną organizacyę przez młodą tkankę łączną. Od zwyrodniałej włóknisto opłucnej wnikają w płuco twarde pasma tkanki łącznej.

Podobny obraz u Burchardta po 9-miesięcznej pomyślnej odmie; zejście śmiertelne wskutek grypy. Autor ten powiada: »Badanie mikroskopowe przemawia za istotnem anatomicznem wyleczeniem«. — W przypadku Forlaniniego, — zejście wskutek krupowego zapalenia zdrowego płuca, w 2 lata po zakończeniu leczenia odmą, przy zupełnej przez ten czas zdolności do pracy. Autor ten powiada: »Płuco zamienione w zbitą tkankę bliznowatą, w której znajdują się otorbione stare ogniska serowate«.

Przytoczyliśmy wyniki Graetza, jako wzór dodatni. — Nim przejdziemy do innych sekcyi, zauważmy, że wzór ten traci na swej wartości, gdyż w drugim przypadku Graetza, gdzie odma trwała $6^1/_2$ miesięcy, (a nie 53 dni), Graetz stwierdza znacznie mniejszą skłonność do tworzenia się tkanki łącznej i usiłuje wytłomaczyć sprzeczności między czasem trwania ucisku, a rozrostem tkanki łącznej, zakażeniem mieszanem, co za dowód uważać chyba trudno. Sprawa działania ucisku nie jest tak prosta, jakby się zdawać mogło. Muszą tu wchodzić w grę różne czynniki biologiczne, których natury bliżej nie znamy. Klinika wskazuje nam z jednej strony, że ciężko chorzy doznają pod wpływem odmy uderzającej poprawy, odzyskują z biegiem czasu zdolność do pracy. U lżej chorych natomiast, nawet po wybitnej początkowo poprawie, następuje pogorszenie, najczęściej drugiego płuca, idące nieubłaganie naprzód. I tu pomijamy przypadkowe powikłania, naprzykład raptowny krwotok, sprawa gruźlicza w innych narządach lub ostre niegruźlicze zakażenia. Nie! Chodzi o rozwój sprawy gruźliczej w płucach na tle czysto indywidualnem, na gruncie mniejszej odporności ustroju, gdzie odma nie zdoła postawić tamy temu rozwojowi. Tego punktu widzenia zapoznawać nie wolno.

Przechodzimy po tych zastrzeżeniach do innych wyników sekcyi.

Keller: Odma zupełna, trwa 8 miesięcy. W 3 miesiące po wytworzeniu odmy wysięk i odtąd gorączka, zwrot ku gorszemu. Zejście wskutek pogorszenia w uciśniętem płucu, nadto gruźlica nerek i jelita. Makroskopowy wynik badania podobny, jak u Graetza, ale drobnowidowo: »nie jest pewnem, czy ilość tkanki łącznej jest większa, niż bywa w ciężkiej gruźlicy bez odmy«.

Hymans, dwa przypadki: I. Prawie całkowita prawostronna odma; na początku przebieg pomyślny. Przyczyna zejścia po dwóch miesiącach odmy: pogorszenie w uciśniętem płucu i schorzenie drugiego płuca przedtem zdrowego. Sekcya: sporo tkanki łącznej, lecz obok niej »liczne, całemi grupami młode gruzełki«. »Sprawa więc w uciśniętem płucu — powiada Hymans — nie wstrzymana, rozszerzyła się na całe lewe, przedtem zdrowe płuco«. — II. Prawie całkowita lewostronna odma. Zejście w 37 dni od wytworzenia odmy. Przy sekcyi, płuco bezpowietrzne, ale mało nowej tkanki łącznej i »nigdzie niema wyleczonych ognisk bliznowatych«. Nadto liczne świeże gruzełki w płucu prawem. Hymans powiada, że drugi przypadek jeszcze wyraźniej niż pierwszy wskazuje, iż szybki rozwój sprawy, zarówno w chorem, jak i zdrowem płucu, nastąpił w związku z odmą, jeśli nie »propter«, to w każdym razie »post«.

Kistler: Odma prawostronna całkowita, trwa 9 miesięcy. Zejście śmiertelne wskutek krwotoku z jamy, niedostatecznie uciśniętej. Obraz podobny do pierwszego przypadku Graetza, ale »w bliznowato zwyrodniałych częściach płuc sprawa rozpadowa«; nadto »w nieuciśniętem płucu świeże gruzełki«.

Saugmann, dwa przypadki: I. Całkowita lewostronna odma, trwa $1^1/_2$ roku. Przez ten cały czas przebieg leczenia pomyślny; zejście przypadkowe, spowodowane krwotokiem przy resekcyi III żebra celem rozluźnienia zrostu szczytowego. Sekcya: Względnie niewielki rozwój tkanki łącznej, jaki bywa przy przewlekłej niedodmie, nigdzie niema świeżej sprawy. — II. Klinicznie w całem prawem płucu naciek i rozpad, w lewem płucu dość znaczne zmiany; gruźlica krtani. W ciągu paru miesięcy po wytworzeniu odmy całkowitej prawostronnej, poprawa. Zejście śmiertelne w $5^1/_2$ miesięcy po wytworzeniu odmy wskutek raptownego pogorszenia się sprawy w krtani i nacieku zapalnego w lewem płucu. Sekcya: Makroskopowo i mikroskopowo w prawem płucu z n a c z n i e w i ę c e j tkanki łącznej, niż w poprzednim przypadku, gdzie odma trwała przeszło 3 razy dłużej. W lewem płucu obok częściowego nacieku zapalnego odoskrzelowego (bronchopneumonia), świeży wysiew w tkance płucnej. Saugmann, zastanawiając się nad tą ilościową różnicą tkanki łącznej, w odwrotnym stosunku do czasu trwania ucisku, przypisuje przyczynę samemu charakterowi sprawy, w pierwszym przypadku z małą skłonnością do rozwoju tkanki łącznej, w drugim naodwrót. Słusznie też wnosi: »Jedynie leczeniu odmą nie można przypisywać rozwoju tkanki łącznej«.

Przechodzimy wreszcie do ostatniego pytania, dotyczącego możliwego ujemnego działania rozwoju tkanki łącznej na czynność płuca uciśniętego. Jak wyżej mówiliśmy, wedle Forlaniniego i jego szkoły, cała powierzchnia oddechowa może być sprowadzona do $^1/_3$ bez ujmy dla tej czynności. Forlanini w przytoczonym poprzednio przypadku, gdzie po 8-letniej lewostronnej odmie okazała się potrzeba założenia jej z prawej strony, powiada, że po tak długim przeciągu czasu może nastąpić »ponowne rozciągnięcie się płuca i powrót jego czynności, co daje właśnie możność wytworzenia drugiej odmy«. Pytanie jednak, czy można to uważać za ogólną regułę?

Już przed 29 laty stwierdził Dunin u kota po 2-miesięcznym ucisku płuca i u człowieka po $1^1/_2$-miesięcznym silny rozrost tkanki łącznej dokoła naczyń i oskrzeli większego i mniejszego kalibru, przy zupełnem zapadnięciu się (atelectasis) pęcherzyków i wyraził zdanie, że: »ucisk wcale nie jest obojętny dla płuca, gdyż przy dłuższem trwaniu zmienia się zupełnie jego budowa anatomiczna; przy krótszem zaś, zapalenie tkanki łącznej dokoła oskrzeli może być bodźcem do marskości płuca, nawet wtedy, gdy jest zupełnie rozszerzalne«. Nowsze badania anatomo-patologiczne płuc z odmą sztuczną u wierząt i u ludzi potwierdzają ten pogląd. — Kauffmann stwierdził na sekcyi u psa po $5^1/_2$-miesięcznej zamkniętej sztucznej odmie, wytworzonej przy zdrowym stanie płuc i innych narządów, co następuje: »Rozwój tkanki włóknistej dokoła naczyń, oskrzeli, w przegrodach, a szczególnie w opłucnej. Światło pęcherzyków wszędzie zwężone, zawiera złuszczone nabłonki, ścianki ich zgrubiałe, zawierają miejscami nacieki«. Stąd wnosi Kauffmann, że »taki rozwój tkanki łącznej musiał przeszkadzać rozszerzeniu się płuca i wtórnie doprowadzić do nieżytu w pęcherzykach. Niedodma stanowi więc dla zdrowego przedtem płuca uszkodzenie jego budowy i jego czynności«. Analogiczny wniosek wygłasza Bruns na podstawie licznych sekcyi, wykonanych na królikach.

Burchardt w przypadku wspomnianej wyżej sekcyi

---

[1]) Na 25 zejść w materyale Brauera i Spenglera, wynoszącym 102 chorych, znajdujemy tylko 10 sekcyi, w tej liczbie miarodajnych tylko 7.

z »anatomicznem wyleczeniem«, gdzie ucisk większych i drobnych naczyń i oskrzeli oraz ich zarośnięcie odbywa się nietylko w chorych częściach płuca, ale i »w zdrowym zresztą dolnym płacie« powiada, że »zmiany te mogą przeszkadzać rozszerzaniu nietylko chorych, ale i zdrowych części płuca«. Zupełnie podobne poglądy, opierając się na wynikach sekcyi u ludzi, wypowiadają: Saugmann, Weiss, Warnecke. — Wnioski z przytoczonych faktów nasuwają się same przez się.

Pozostawiliśmy do osobnego rozpatrzenia dwa ważne, wprawdzie zupełnie różnorodne, powikłania, odgrywające niepoślednią rolę w odmie: zator gazowy i wysięki opłucnej.

(Dokończenie nastąpi).

Choroba Heine-Medina czyli nagminne rdzeniowe porażenie dziecięce

napisał

Dr Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

(Dokończenie).

Po okresie zwiastunów następuje okres porażeń. Zależnie od początkowego przebiegu choroby (wzgl. okresu zwiastunów) i od powstających następnie porażeń, odróżnia Wickman 8 postaci nagminnego ostrego rdzeniowego porażenia dziecięcego: 1) rdzeniową (poliomyelityczną); 2) przebiegającą jak porażenie (wstępujące lub zstępujące) Landryego; 3) opuszkową; 4) mózgową; 5) bezładową, (ataktyczną); 6) polineurytyczną (zapalenie wielu nerwów); 7) oponową, rozpoczynającą się jak zapalenie opon mózgowych; 8) poronną, kiedy choroba rozpoczyna się jak zapalenie przednich rogów rdzenia, niema jednakże porażeń lub jedynie stwierdzamy n. p. porażenie jednego tylko jakiegoś nerwu. Same te nazwy mówią już do pewnego stopnia, jakie objawy poraźne mogą wystąpić w chorobie Heine-Medina, w jakiej części układu nerwowego sadowią się w rozmaitych przypadkach zmiany chorobowe i jaki mniej więcej jest przebieg każdej z tych postaci. To też ze względu na miejsce ograniczone nie powtarzam wielu wiadomości, dotyczących każdej z tych postaci; znaleźć je można w pracach polskich: Bychowskiego: »Choroba Heine-Medina« (Odczyty kliniczne Nr 223—224 i 225 r. 1912), Biehlerowej (Międzynarodowy Zjazd pedyatryczny w Paryżu 1912 r.) i prof. Korczyńskiego (Przegląd lekarski 1913).

Przechodzę do szeregu spostrzeżeń własnych, w którym nie odrazu doszedłem do określenia przyrody choroby.

I. Pierwszy przypadek, jaki spostrzegałem w październiku 1913 r., dotyczył 6-miesięcznego dziecka, dobrze rozwiniętego, pozostającego wyłącznie przy piersi. Choroba zaczęła się nagle od wymiotów, gorączki 39·0⁰—39·5⁰, trwającej 4 dni, i znacznego niepokoju. Ciemiączko było dość silnie napięte (w chwili spokoju dziecka). Brak odruchów kolanowych. Na naradzie z kol. Putermanem, w 3. dniu choroby, wydobyłem przez nakłucie lędźwiowe płyn mózgowordzeniowy, zupełnie przeźroczysty, zawierający, jak mi donosił kol. Puterman, skąpą ilość limfocytów; przy wypuszczaniu płyn popłynął silnym strumieniem, wskazującym na znacznie wzmożone ciśnienie. Wkrótce po nakłuciu lędźwiowem dziecko się uspokoiło, co stwierdziłem i na drugi dzień; ciemiączko wtedy nie było już napięte i po raz pierwszy zjawiły się słabe odruchy kolanowe. Gorączka, zmniejszając się stopniowo, w 5. dniu choroby prawie ustępuje. Dziecko również czuło się coraz lepiej, a cała sprawa w 6—7. dniu choroby zakończyła się pomyślnie, bez żadnych złych następstw. Najbardziej może charakterystyczne było w tym przypadku stałe i obfite pocenie się. W tym samym czasie starszy 3-letni braciszek chorego oseska zażywał z polecenia felczera środek wykrztuśny z powodu kaszlu i »zaziębienia się«, tak iż i ja sądziłem w pierwszej chwili, że o coś podobnego (grypę?) chodzi u mojego 6-miesięcznego chorego. Były to więc może postacie poronne choroby Heine-Medina, u dziecka starszego jakby zupełnie bez objawów poraźnych, u młodszego — z objawami oponowymi, bardzo zresztą krótkotrwałymi.

Do uznania tego przypadku za chorobę Heine-Medina, a mianowicie za jej postać oponową, dochodzę drogą wykluczania: Nie mówiąc o sprawie gruźliczej, wyłączyć też mogłem meningizm z powodu zaburzeń pokarmowych, czy w ogóle intoksykacyjnych, jakich u zdrowego dotąd niemowlęcia nie było; nie można też było myśleć n. p. o obostrzeniu przewlekłej sprawy kiłowej, gdyż zarówno dzieci same, jak rodziców (u ojca odczyn Wassermanna ujemny) znam dość dawno i żadnych oznak podejrzanych pod tym względem nigdy nie stwierdziłem; zresztą zupełne wyleczenie sprawy chorobowej w kilka dni (prawie bez leczenia, z wyjątkiem nakłucia lędźwiowego) przemawia przeciwko tym wszystkim przypuszczeniom. Nie było to też nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych, w czem mnie upewnia między innemi: 1) brak wybitnych objawów oponowych, 2) krótkotrwała gorączka, 3) zachowanie zupełnej przytomności, 4) nieobecność opryszczek (herpes), 5) brak jakichkolwiek powikłań i 6) charakter płynu mózgowordzeniowego,

II. D. 6 marca 1914, a więc dopiero w 5 miesięcy później, zaproszony zostałem przez kol. Weinziehera do rocznego dziecka w Będzinie (o 3 wiorsty odległym od Dąbrowy). Przypadku tego dłużej i dokładniej nie mogłem jednak spostrzegać. U tego dziecka poza nieprzytomnością stwierdziliśmy wiotkie porażenie kończyn; bezwład ten miał, według słów kol. Weinziehera, występować stopniowo w różnych miejscach. Uznając ostry zakaźny charakter sprawy mózgowej, nie zatrzymywaliśmy się u tego dziecka ani na jakiejś ściśle określonej sprawie oponowej, ani na meningizmie na tle przewlekłego zatrucia pokarmowego (Milchnährschaden). Dziecko to wkrótce zmarło.

Po drugim przypadku zwróciłem już baczniejszą uwagę na omawiane cierpienie.

III. D. 6. VII. 1914 r., u dziecka $1^1/_2$-rocznego, przyniesionego ze wsi, z za Grodźca (odległego o 4—6 wiorst od Dąbrowy) wykryłem wszystkie prawie cechy, charakterystyczne dla choroby Heine-Medina, a więc niewielką gorączkę, zachowaną przytomność, obfite pocenie się, oraz bezwład dolnych kończyn i jednostronne porażenie n. twarzowego. Była to postać rdzeniowo-opuszkowa choroby Heine-Medina.

IV. W 3 dni potem przybyła do mnie żona stolarza K. z Dąbrowy z $2^1/_2$-letnią córeczką Helcią, oznajmiając, iż dziecko, dotąd zdrowe, naraz przestało chodzić. Oboje rodzice są zdrowi, tylko ojciec jest »nerwowy«. Choroba dziecka zaczęła się jednakże nie odrazu od porażenia dolnych kończyn. Na tydzień przed przyniesieniem do mnie, stojąc w drzwiach, gdzie miał być przeciąg, dziecko upadło, przytomności nie straciło, a potem jeszcze chodziło; w godzinę później zwymiotowało i położyło się do łóżka; potem przez kilka dni gorączkowało i wtedy obficie się pociło, a stało się tak wrażliwem, iż pomimo zupełnej przytomności mocz oddawało do łóżeczka, byleby się nie ruszać; mimo to jednak nie sprawiało wrażenia ciężko chorego. Przy badaniu 9. VII., w 7. dniu choroby, stwierdziłem dość znaczne porażenie kończyn dolnych, ale obejmujące nie wszystkie grupy mięśni; przy ucisku na mięśnie i na pnie nerwowe dziecko nie doznaje bólu. Odruchów kolanowych nie można było wywołać. Dziecko już w d. 22. VII. 1914 stawało o własnych siłach choć jeszcze niepewnie.

Ze względu na krótkotrwały okres gorączkowy, zjawienie się wiotkich porażeń bez wyraźnych zaburzeń ze strony zwieraczy i bez zaburzeń czuciowych, rozpoznałem tu chorobę Heine-Medina, a mianowicie jej odmianę poliomyelityczną. Co się tyczy urazu, któremu uległo dziecko, to pominąwszy już poprzednie osłabienie, które mogło być powodem upadku dziecka, uważają, niektórzy autorzy uraz również za jeden z czynników etyologicznych choroby Heine-Medina. Wobec przytoczonych danych nie mogłem przy rozpoznaniu myśleć ani o zapaleniu nerwów, ani o ostrem rozlanem porażeniu rdzeniowem (myelitis acuta

diffusa), rzadkiem w wieku dziecięcym, a znamionującem się również występującem nagle porażeniem poprzecznem. Ze względu na podany uraz możnaby pomyśleć może o histerycznem porażeniu kończyn dolnych, wszakże cały przebieg choroby gorączkowej odrazu temu przeczył. Dziecko to widziałem następnie po 6 miesiącach i wtedy dowiedziałem się, że przez długi jeszcze czas, chodząc, a szczególnie biegnąc, upadało; dopiero przed kilku tygodniami trzyma się pewniej na nogach. Dziś stwierdzam zanik zewnętrznych mięśni prawego uda, ścieńczenie prawej nogi w okolicy uda o 2—3 cm w porównaniu z lewem udem, wiotkość mięśni w dotkniętej nodze; odruch kolanowy na prawej kończynie o wiele słabszy, niż na lewej. Młodszy brat dziecka w tym samym czasie, kiedy zachorowało, był podobno zupełnie zdrowy.

V. Roczne dziecko górnika z kopalni »Flora« w Dąbrowie, przyniesione do mnie w lipcu 1914 raz jeden, w 3. czy 4. dniu choroby, w stanie bardzo ciężkim; nieprzytomność, porażenie wiotkie wszystkich kończyn oraz n. twarzowego. Dziecko to wkrótce zmarło.

Będąc pod wrażeniem tych kilku przypadków, o których zawiadomiłem też kolegów na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Zagłębia w lutym 1915 r., wypowiedziałem już wówczas zdanie, iż można oczekiwać nowego wybuchu tej choroby nagminnej przy nadchodzącem lecie. Niestety obawy moje sprawdziły się, gdyż istotnie od maja do połowy września r. 1915 naliczyłem 12 świeżych przypadków.

VI. D. 16 maja 1915 umarło wśród objawów porażenia Landryego 10-miesięczne dziecko żydowskie, karmione prawie wyłącznie piersią.

VII. W d. 16 maja 1915 r. zachorował chłopczyk $1^{4}/_{12}$ r., cioteczny brat poprzedniego dziecka (mieszka tuż przez drzwi), dziecko rodziców dość zamożnych, żydów, karmione jeszcze piersią matki, dokarmiane prawie od urodzenia mlekiem, (w ostatnich czasach jadało i chleb razowy). Jest to 4. dziecko z rzędu; przed niem jedno poronienie. Inne dzieci zdrowe. Dziecko chodzić zaczęło po roku, chorób żadnych dotąd podobno nie przechodziło. W rodzinie nie było chorób nerwowych ani umysłowych. Do przebycia kiły rodzice się nie przyznają. Dziecko od pewnego już czasu straciło apetyt. Przed 4 tygodniami upadło, stojąc na podłodze, i uderzyło się w czoło; przed 2 tygodniami miało na ciele jakieś bąble, które były i u matki, a wyglądały, jakby ślady po ukąszeniu przez owady. D. 16. V. dziecko zaczęło gorączkować; po 1 łyżeczce oleju rącznikowego miało jedno płynne wypróżnienie i w ogóle czuło się znośnie; 18. V. o godz. 3. po południu znowu dwukrotne wymioty, po których wkrótce badałem dziecko po raz pierwszy: sprawiło ono na mnie wrażenie zmęczonego i niezupełnie przytomnego, stwierdziłem też już wtedy porażenie lewego nerwu twarzowego. Matka zwróciła mi uwagę na bardzo obfite pocenie się; szczególnie w d. 18. V., »dziecko leżało jak w wodzie«, a przytem gorączkowało. Poniżej podaję krzywą ciepłoty. Ani przedtem,

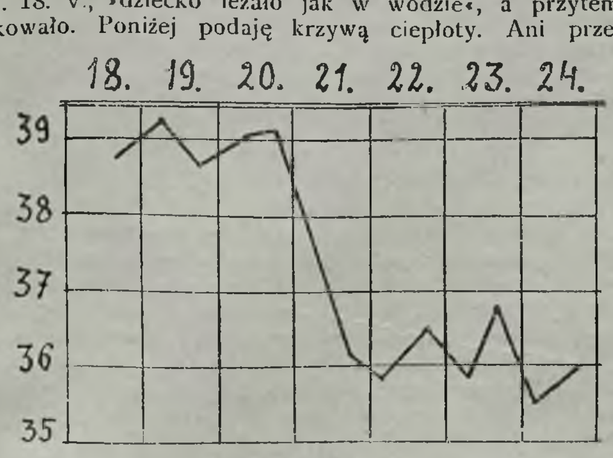


Fig. 1.

ani później nie było bredzenia, drgawek, sztywności karku, światłowstrętu, ani żadnej wysypki; źrenice oddziaływały prawidłowo; łykanie nie było utrudnione. — D. 20. V. przez kilka godzin dziecko bardzo się śliniło, przyczem śluzówka ust i gardła nie wyglądała nieprawidłowo. W tym samym dniu wystąpił bezwład dolnych kończyn (porażenie nerwu twarzowego istniało w dalszym ciągu), a źrenice oddziaływały leniwie na światło. Dziecko sprawiało wrażenie ciężko chorego. Adynamia. — 21. V. ogólna sinica, niezbyt zresztą silna i nierówny, zwolniony nieco, jakby wymuszony oddech; tętno bardzo przyspieszone. Podano prócz urotropiny kofeinę. — 22. V. poprawa zarówno w stanie ogólnym, jak w nóżkach, któremi dziecko już porusza. — 25. V. siada samo i uśmiecha się. Odruchy kolanowe słabe, jak zresztą od samego początku. Objawów Kerniga, Babińskiego, Brudzińskiego niema i nie było wcale. Nie było też zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy. Nakłucia lędźwiowego nie dokonywałem. Mocz przezroczysty, bez białka i bez cukru. Wypróżnienia prawidłowe. — W 2 tygodnie później dziecko stawało już na nóżkach, trzymając się rączkami jakiegoś przedmiotu. Dziecka tego nie widziałem już później, gdyż matka uważa je za zupełnie zdrowe.

VIII. R., chłopiec, $1^{3}/_{12}$ r., dziecko pierwsze ze strony matki, a piąte ze strony ojca (powtórnie ożenionego), przed tygodniem odstawione od piersi. Chodzić zaczęło po roku. Przechodziło odrę. Przed 2—3 tygodniami przechodziło jakąś niestrawność, (wymioty i biegunkę), i od tego czasu chudło, a od 5. VI. wyraźnie chore. D. 6. VI., choć już bardzo słabe, chodziło jeszcze trochę. — Stan w d. 7. VI.: Dziecko nieźle odżywione; różaniec krzywiczy; klatka piersiowa w dolnej części krzywiczo rozdęta. Gruczoły chłonne nieliczne, drobne. Język obłożony. Gardło prawidłowe. W płucach furczenia; oddech nierówny, utrudniony, zwłaszcza wdech, który jest przytem wyraźnie wydłużony; wydech krótki. Częste zupełne zatrzymywanie oddechu w fazie wdechowej, nieraz na kilka sekund, poczem następuje naraz kilka wdechów i dziecko zrywa się z przestrachem. Inne narządy wewnętrzne prawidłowe, tylko ze strony układu nerwowego już w tym dniu choroby dostrzegamy nieznaczny niedowład nerwu twarzowego lewego; dziecko przytomne. Tętno 112, C. 38.4⁰ (o godz. 3 po południu). Matka opowiada, że dziecko zrana 7. VI. czterokrotnie wymiotowało; stolce, jak przedtem, zawsze uformowane i oddawane co 2. dzień. W nocy z d. 6. na 7. VI. dziecko zrywało się, majaczyło, w dzień kaprysi i płacze. Wysypki na ciele nie było i niema. W d. 5. i 6. VI. nader obfite poty. Już 6. VI. zrana dziecko wymawiało i łykało z pewnym trudem; dziś wymowa jest nosowa, niełatwa do zrozumienia. Na jedzenie dziecko rzuca się łapczywie, ale zatrzymuje płyn w ustach, łyka go następnie z trudnością, a potem nie chce już wcale pokarmu.

Badanie 8. VI. o godz. 11 przed południem stwierdza oprócz porażenia lewego nerwu twarzowego, wiotkie porażenie dolnych kończyn, szczególniej lewej (prawie całej), a prawej w mięśniach goleni. Typ oddechu taki sam, jak w dniu poprzednim. Dziecko wciąż płacze. Wymawia i łyka z trudem, rączkami nie porusza wcale, lewa górna kończyna wydaje się więcej bezwładną. Daje się zauważyć wrażliwość dziecka na dotykanie. Odruchy kolanowe bardzo słabe, łokciowe natomiast żywe; dość żywe są również ze ścięgien Achillesa. Objawów Kerniga, Babińskiego, Brudzińskiego niema. Mocz przezroczysty, nie zawiera białka. Ciepłota, mierzona co 4 godziny, wynosi 37·5⁰ do 38·0⁰. W d. 9. VI. ciepłota spada poniżej 36·5⁰. O godz. 9 wieczorem dziecko oddycha lepiej; zatrzymywanie oddechu wyraźnie krótsze. Dziecko o wiele lepiej łyka, zjadło nawet kawałek bułki z masłem, rozmaczanej w mleku. Jeszcze wyraźniejsze

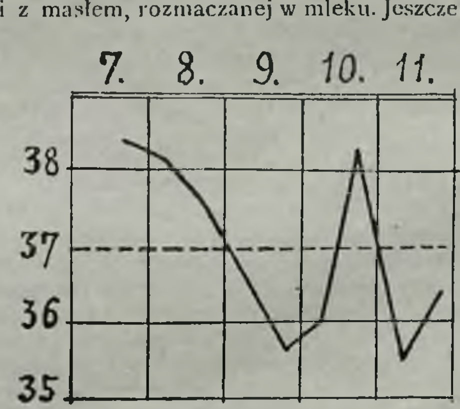


Fig. 2.

porażenie lewej nóżki i rączki; natomiast porażenie nerwu twarzowego oraz prawych kończyn ustąpiło w stopniu dość znacznym. Dziecko nie pociło się więcej. — 10. VI. dziecko po raz pierwszy zupełnie spokojnie spało i oddycha równiej; swobodniej również porusza obydwiema nóżkami. — 12. VI. nie gorączkuje wcale, przez chwilkę może już utrzymać się na nóżkach, podpierane pod pachami; oddech jeszcze utrudniony. — 23. VI. dziecko stoi o własnych siłach przez krótką chwilę, samo siada na łó-

żeczku, choć z pewnym trudem. Odruchy kolanowe zachowane, odruchy z m. dwugłowego mniej żywe; utrzymuje się jeszcze ślad porażenia nerwu twarzowego. Od kilku też dni wymawia dziecko dużo lepiej i więcej słów, a nie tylko, jak poprzednio, »mama«. Rączkami włada swobodnie. (Krzywa ciepłoty na str. 105, fig. 2).

IX. H. W. $1^{2}/_{12}$ r., dziecko przy piersi, a dokarmiane jakoby od paru miesięcy; pierwsze dziecko młodej matki, chrześcijanki. Przed obecną chorobą zaczynało już chodzić. Żadnej choroby przedtem nie przechodziło; odżywione jednak miernie i okazuje zmiany krzywicze. Parę tygodni temu jakaś wysypka, obecnie (16. VI) mająca charakter wyprysku liszajcowatego, rozsianego w kilku miejscach: nad lewą brwią, na podbródku, około uszu, oraz na lewem udzie. Gruczoły chłonne (wielkości miejscami bobu) niezbyt liczne z obydwóch stron szyi, drobniejsze w pachach i pachwinach. Język obłożony wilgotnym nalotem, migdałki nieco powiększone. Tętno 112—120. Oddech prawidłowy. Jedyne zmiany w zakresie układu nerwowego i chwilowe zaburzenia przewodu pokarmowego. Mocz czysty, nie zawiera białka.

Obecna choroba zaczęła się już 10. VI. wieczorem gorączką, niepokojem w nocy i osłabieniem w dniu następnym; w d. 11. VI. nie było kataru, ani kaszlu, wymiotów, ani biegunki, w nocy wszakże dziecko silnie gorączkowało i spało niespokojnie, choć znowu w dniu następnym 12. VI. bawiło się do samego wieczora i dopiero wtedy dwukrotne wymioty. D. 13. VI. gorączka, senność, raz wymioty. Gorączka trwa 14. i 15. VI. — D. 15. VI. dziecko bardzo osłabło i nie dawało się brać na ręce, płacząc za każdym razem, gdy je chciano nieść; przy unoszeniu dziecka główka chwiała się w różne strony. Dopiero 16. VI. spostrzeżono niedowład lewej kończyny górnej. Przy badaniu w tym dniu znalazłem oprócz tego lekkie porażenie lewego nerwu twarzowego. Odruchy kolanowe słabe, innych nie udaje się wywołać. Dziecko kapryśne, płacze i stęka. Zaparcie stolca. Obfitego pocenia się matka nie zauważyła dotąd. C. 36·5⁰. — 18. VI. dziecko spało dobrze, łaknienie miało dobre i było wesołe. Rączka lewa nadal bezwładna, choć w samej kiści nieco ruchliwa; przy nacieraniu tej rączki dziecko płacze. — 3. VII. dziecko postępuje trochę na nóżkach, kulejąc zresztą na lewą nóżkę. Lewą kiścią rusza dość dobrze, całą wszakże kończyną nie rusza: widoczny zanik m. naramiennego oraz innych mięśni klatki piersiowej (lewej połowy).

Podobną chorobę miało przebyć o kilkanaście dni wcześniej jedno z ciotecznego rodzeństwa, mieszkającego o 12 wiorst od Dąbrowy; matki spotykały się z sobą stale.

X. M. W., chłopczyk $1^{10}/_{12}$ r., piąte dziecko z rzędu, pozostające jeszcze przy piersi, dokarmiane jakoby od paru miesięcy. Zaczęło chodzić po roku. Dziecko to widziałem (dzięki uprzejmości kol. Kożuchowskiego) po raz pierwszy w okresie choroby późniejszym, poraźnym i stwierdziłem wtedy ślady przebytego zapalenia płuc, które spostrzegał poprzednio kol. Kożuchowski, oraz bardzo wybitne wiotkie porażenie mięśni prawego barku. Dotknięte były również, choć w stopniu mniejszym, lewy nerw twarzowy oraz mięśnie prostujące i odwracające dłoń prawą (dr Wołkowicz). Przy badaniu elektrycznością kol. Wołkowicz stwierdził odczyn zwyrodnienia (skurcz leniwy) w mięśniu naramiennym i dwugłowym.

XI. F., $2^{8}/_{12}$-r. syn robotnika kopalni »Reden« w Dąbrowie. Dziecko to przechodziło w pierwszych miesiącach życia zanik dziecięcy (paedatrophia), po roku krztusiec. Obecnie rozchorowało się 17. VII., a choroba zaczęła się od boleści brzucha, jednorazowych wymiotów o godz. 11 rano; biegunki nie było, raczej skłonność do zaparcia. Pocenie się obfite miało wystąpić jeszcze przed wymiotami, a następnie 19. VII. wprost »lało się z dziecka«. — 20. VII. osobiście stwierdziłem już lekki niedowład lewego nerwu twarzowego, występujący najwyraźniej przy płaczu lub śmiechu. Przebieg całej choroby był bardzo lekki. — O jeden dzień wcześniej (16. VII.) rozchorował się starszy $3^{1}/_{2}$-letni brat: miał on gorączkę, niewielki kaszel i uskarżał się na ból gardła; przy badaniu widziałem zaczerwienienie śluzówki; na drugi dzień miał być zupełnie zdrowym. W domu, gdzie mieszkały te dzieci, inne dzieci nie chorowały.

XII. M. S., chłopiec 10-miesięczny, dziecko czwarte z rzędu, 5 miesięcy przy piersi, a potem karmione sztucznie. Dziecko dobrze odżywione, nieco może za otyłe; ciemiączko niezbyt duże, twardawe; zmian krzywiczych niema. Język zupełnie czysty; łaknienie upośledzone; lekka biegunka dyspeptyczna; wymiotów nie było. Przed 2 tygodniami miało dziecko także lekką biegunkę, ale w kilka dni później było zupełnie zdrowe, nie kaszlało, nie miało kataru, a rozchorowało się nagle 23. VII. Choroba przejawiła się przedewszystkiem w osłabieniu nóżek, krzyża i szyi i we wrażliwości na dotykanie. Z początku w ciągu kilku dni bardzo obfite poty. Przy badaniu 28. VII. stwierdzam, że dziecko, które dawniej siedziało zupełnie dobrze samo, dziś leży bezwładnie, lewa połowa brzucha wyraźnie wypuklona. Oprócz tego liczne porażenia mięśni prawej i lewej goleni: obydwie stopy w zgięciu; porażony także lewy nerw twarzowy.

XIII. W końcu lipca wezwany zostałem do 7-letniej Basi B. Rozpoznanie byłoby w tym przypadku z powodu zupełnie odmiennego przebiegu bardzo trudne, gdyby nie to, że w Zagłębiu stwierdziliśmy już niewątpliwie epidemię choroby Heine-Medina. Choroba zaczęła się tu dość nagle od wymiotów, wysokiej gorączki (39⁰—40⁰), obłożonego zlekka języka, co wszystko poprzedzone być miało dwudniowem niedomaganiem. Krzywa ciepłoty:

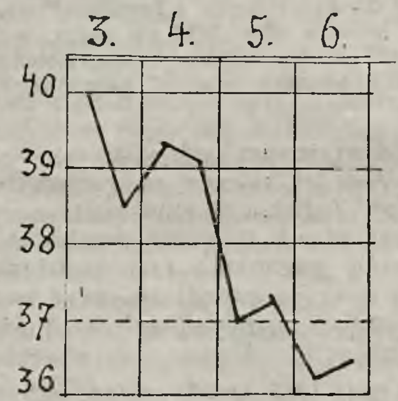


Fig. 3.

Następnie ciepłota opadała często poniżej 36⁰. W początkowym (conajmniej od 3 dni już trwającym) gorączkowym okresie nie stwierdza się żadnych objawów chorobowych. Dopiero w 5. dniu choroby, kiedy gorączka opada, dziecko zaczyna się zachowywać dość ekscentrycznie, zrazu jakby histerycznie (babka, oboje rodzice, zwłaszcza matka, są bardzo nerwowi); jednakże błędnawy wzrok, krzyki napadowe, nie ustające w ciągu 2 dni nawet w półśnie, a wywołane bolami, występującymi w rozmaitych miejscach ciała (okolica guzicy, barki, nogi), sztywność karku, objaw karkowy (Brudzińskiego), stwierdzony w 6. dniu choroby, zaparcie stolca, słaby odczyn źrenic na światło, tętno przytem równomierne, lecz wynoszące 60 uderzeń — wszystko to wyraźnie wskazuje na podrażnienie opon mózgowych. Już w 7–8. dniu choroby obraz szybko się zmienia ku lepszemu (bez nakłucia lędźwiowego, przy stosowaniu jedynie urotropiny i środków objawowych): dziecko przestaje krzyczeć, jest przytomniejsze (choć całkowicie przytomności tej i przedtem nie traciło), upomina się o jedzenie, śpi dużo i spokojnie; objawy oponowe ustępują bardzo szybko, w ciągu 2 dni następnych. Stan poprawia się tak prędko, iż po kilku dalszych dniach dziecko próbuje już chodzić, przyczem wszakże utyka na prawą nogę; po tygodniu chód staje się pewnym i równym. Ani pocenia się, ani porażenia nerwu twarzowego nie zauważono. Mimo to nie waham się, co prawda »a posteriori«, w tym przypadku rozpoznać oponową postać (czy poronną) choroby Heine-Medina. Dodam jeszcze, iż młodszy brat chorej cały czas chodził, choć były chwile, że ogólnie trochę niedomagał.

W ciągu sierpnia r. 1915 i wreszcie we wrześniu widziałem jeszcze 2 świeże przypadki choroby Heine-Medina i 2 nieco starsze: jeden z maja r. 1915, drugi z r. 1913.

XIV. Niemowlę 10-miesięczne, przeważnie karmione piersią, od kilku dni niedomaga, dużo płacze, poci się, osłabło. Przy badaniu 16. VIII. 1915 stwierdzam jedynie jeszcze lekki niedowład nerwu twarzowego, którego nawet matka nie zauważyła dotąd, a który przejawia się dość wyraźnie przy płaczu. Dziecko to widziałem po raz drugi po 3 tygodniach już jako zupełnie zdrowe, a porażenie nerwu twarzowego przeszło prawie bez śladu.

XV. Drugi przypadek, leczony przez kol. Puljanowskiego, tyczy się rocznego dziecka, mającego 5 rodzeństwa, z Niemiec (wsi odległej od Dąbrowy 3—4 wiorsty). Przebieg choroby opisuje matka w sposób następujący: »D. 1. sierpnia r. b. B. zachorowała na rozstrój żołądka. Cały dzień była dosyć marudna, wieczorem raz wymiotowała, a w nocy dostała gorączki. 2. VIII. rano dostała gorączki 38·5⁰, otrzymała na przeczyszczenie, ale ku wieczorowi gorączka jeszcze się podniosła na 39·5⁰. — D. 3. i 4. VIII. B. ciągle była marudna, czyszczenie nie ustało, gorączka waha się między 38⁰ i 39⁰. W nocy z 4. na 5. VIII. zaczęła B. kaszleć, ale dziwnie cicho i w ogóle zdawała się bardzo osła-

bioną. Od 5. VIII. stała się bezwładna, bardzo dużo spała i całe dnie leżała jak martwa, jedynie prawą rączką słabo poruszała. Wzięta na ręce, nawet główki nie mogła utrzymać i cała leciała przez ręce. Od 5. VIII. zaczęła się bardzo pocić i pomimo, że ciepłota spadła, poty nie ustawały. Stan taki trwał parę dni i dopiero koło 10—11. żołądek się uregulował. 13. czy 14. VIII. zaczęła B. poruszać lewą rączką, poty trochę ustąpiły i zdawała się silniejszą, gdyż płacz i kaszel był trochę głośniejszy. 18. VIII. zaczęła poruszać palcami prawej nóżki, a 20. VIII. lewej, ale bardzo słabo. Stopniowo zaczęła i główkę unosić trochę od poduszki, władza w lewej ręce wróciła, ale wogóle powrót do zdrowia postępuje bardzo wolno. 26. VIII. zaczęłam jeździć do elektryzacyi. W prawej nóżce B. porusza czasem całą stopką, ale w lewej do tej pory tylko paluszkami, a stopkę ma ciągle zwieszoną na dół. Teraz bawi się na ręku jak dawniej, trzyma się już dosyć prosto i lewą rączką porusza zupełnie jak prawą, tylko nóżki jeszcze bardzo słabe, i o własnej sile nie siedzi«. Krzywa ciepłoty:

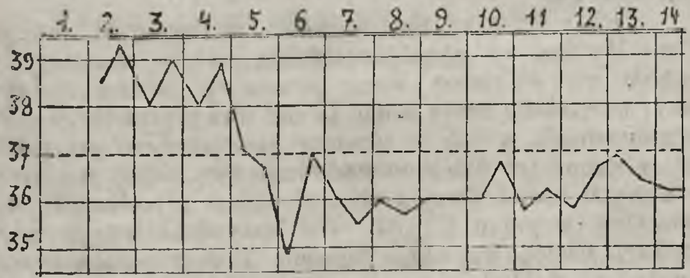


Fig. 4.

Ciepłota, jeszcze i teraz mierzona, waha się od 35·5° do 36·7°. Pozostałych 5 dzieci, pomimo iż nie były odosobnione, przez cały ten czas były zupełnie zdrowe; gdzieś w pobliżu małe dziecko miało podobnie chorować.

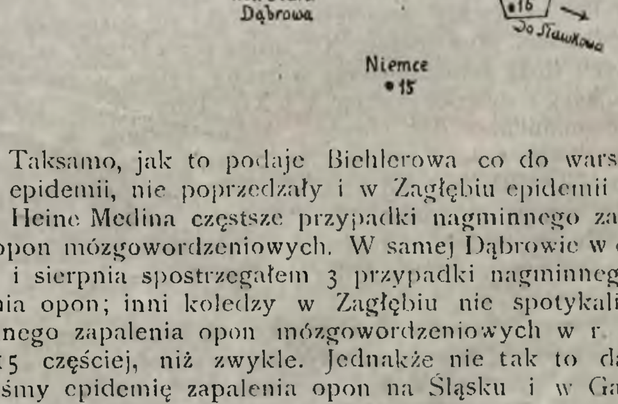
XVI. Czteroletni chłopczyk K. uległ porażeniu dziecięcemu w sierpniu 1913 r.; stwierdziłem u niego później skrzywione nieco usta i zanik mięśni lewej kończyny dolnej. Chłopiec ten umarł w marcu 1915 r. z »puchliny głodowej«, panującej — jak wiadomo — w Zagłębiu podczas wojny; opuchła najpierw właśnie lewa kończyna.

XVII. Półtrzeciaroczna dziewczynka przeszła w maju 1915 r. w ciągu 2 tygodni ostre rdzeniowe porażenie dziecięce; obecnie stwierdza się niedowład prawej kończyny dolnej, stopę końską (pes equinus); zalecone obecnie, dopiero po kilku miesiącach, leczenie zapomocą miesienia i kąpieli ciepłych daje wyraźną poprawę chodu i ułożenia stopy prawej.

XVIII. Wreszcie w czasie (wrzesień 1915), gdy zacząłem pisać niniejszą pracę, widziałem 11-miesięczne dziecko F., sztucznie karmione od samego prawie urodzenia, ale wyglądające dobrze; uległo ono przed kilkoma dniami ostremu porażeniu rdzeniowemu. Przebieg lekki, dość typowy, z porażeniem kończyn dolnych i nerwu twarzowego w stopniu nieznacznym [1]).

Przytoczyłem mniej lub więcej szczegółowy (o ile to było możliwe ze względu na warunki wolnej praktyki) opis prawie wszystkich badanych przezemnie przypadków dlatego, iż choroba Heine-Medina, w piśmiennictwie naszem, po za wymienianemi już pracami Biehlerowej i Bychowskiego, dotąd bardzo rzadko była uwzględniana (prof. Korczyński w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1913). Sądzę przeto, iż przytoczenie kazuistyki nie będzie bez znaczenia dla szerszego koła lekarzy praktyków. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzę do przekonania, iż i u nas coraz częściej, już nagminnie, występuje choroba Heine-Medina. W Zagłębiu pierwsze przypadki tego cierpienia stwierdzono już w r. 1913 i 1914, w r. zaś 1915 12 przypadków choroby Heine-Medina, spostrzeganych od połowy maja do końca września, świadczą o nagminnym jej charakterze. Dotychczas spostrzegano w Polsce tę chorobę tylko sporadycznie. Biehlerowa doniosła o epidemii w Warszawie i w okolicy Warszawy, na co według tej autorki najpierw zwrócił uwagę dr Kopczyński na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Epidemia warszawska w porównaniu z naszą była (bez mała) dziesięciokrotnie liczniejsza i naszą poprzedziła o 3—4 lata. Większość przypadków nagminnego rdzeniowego porażenia dziecięcego w Zagłębiu ma tesame mniej - więcej cechy, co przypadki Biehlerowej, choć ma i pewne osobliwości. Na 18 spostrzeganych przezemnie przypadków poraźnej formy choroby Heine-Medina 16 zdarzyło się w miesiącach letnich, a najwięcej w lipcu (w przypadkach Biehlerowej w czerwcu): w r. 1913 — 1 przypadek w październiku, w r. 1914 — 1 przypadek w marcu; w r. 1914 i głównie w r. 1915 przypada: 3 przypadki na maj, 2 na czerwiec, 8 na lipiec, 3 na sierpień, 1 na wrzesień. Z wyjątkiem paru przypadków sprawa szerzenia się epidemii pozostaje na ogół ciemną. Jednakże przypadek I (gdzie jednocześnie u starszego braciszka był stan kataralny), VI. i VII (gdzie uległo chorobie dwoje rodzeństwa ciotecznego, »mieszkającego przez sień), IX. (w którym matka chorego dziecka mówiła o podobnie chorej swej siostrzenicy, mieszkającej o 12 wiorst od Dąbrowy), wreszcie XI (gdzie na dzień przed wybuchem choroby u jednego dziecka przechodzi nieżyt gardła starszy synek) — naprowadzają na myśl, iż zakażenie następować mogło wskutek bezpośredniego stykania się z chorymi już poprzednio na tę samą, być może, chorobę dziećmi; należy też uwzględnić istnienie postaci poronnych (Wickman), jakoteż możność zarażania się za pośrednictwem roznosicieli zarazków. Jednakże pozostaje sprawą ciemną, jakim sposobem zarazek zjawił się pierwotnie w Zagłębiu i jakiemi drogami szerzył się w tych przypadkach, w których nie udało mi się ani przez badanie osobiste, ani przez szczegółowe rozpytywanie się przypuścić obecności zarazka u osób, otaczających chorego. Podobnie, jak Biehlerowa, i ja nie uznaję szkoły za źródło zakażania się dzieci, a to zarówno ze względu na czas, kiedy z powodu wojny i letnich miesięcy szkoły były zamknięte, jak ze względu na wiek moich chorych. Wśród chorych było niemowląt od 6 miesięcy do roku 8, dzieci od 1 roku do 2 lat 5, a od 2 do 7 lat 5 (wśród tych najstarsza także do szkoły nie uczęszczała).

Przypadki niewątpliwie nagminnego rdzeniowego porażenia dziecięcego występują w sposób rozsiany, pojawiając się w ciągu 2 lat w różnych okresach czasu w rozmaitych miejscach dość rozległego Zagłębia (Będzin, Dąbrowa, Grodziec, Sosnowiec, Niemcy, Sławków), ale najwięcej i przeważnie w samej Dąbrowie, jak to wykazuje wyraźniej załączony schemat planu Zagłębia (fig. 5)



Taksamo, jak to podaje Biehlerowa co do warszawskiej epidemii, nie poprzedzały i w Zagłębiu epidemii choroby Heine-Medina częstsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. W samej Dąbrowie w ciągu lipca i sierpnia spostrzegałem 3 przypadki nagminnego zapalenia opon; inni koledzy w Zagłębiu nie spotykali nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych w r. 1914 i 1915 częściej, niż zwykle. Jednakże nie tak to dawno mieliśmy epidemię zapalenia opon na Śląsku i w Galicyi.

Co się tyczy złośliwości epidemii choroby Heine-Medina w Zagłębiu, to w r. 1914 na 6 postaci (w tem 1 przypadek

[1]) Aż do oddania niniejszej pracy do druku (listopad 1915 r.) nie miałem nowych przypadków choroby H-M.

dr Chełchowskiego i dr Olszewskiego) porażnych tej choroby 2 razy mieliśmy wynik śmiertelny; w r. 1915 na 12 przypadków, spostrzeganych przezemnie, śmierć nastąpiła raz jeden, coby stanowiło 8·33% (u Biehlerowej 3·09%); odnosi się wrażenie, że pod względem złośliwości zarazek z czasem jakby słabnie. Duży stosunkowo odsetek wyzdrowień w postaciach porażnych (nie mówiąc o łagodnym przebiegu postaci poronnych, o których w ogóle nie można jeszcze dziś wiele mówić) nie przedstawia się bynajmniej tak uspokajająco, gdy przyjrzymy się następstwom, jakie choroba ta pozostawia w ogóle i pozostawiła u wielu naszych chorych. Na 15—16 osobiście spostrzeganych przezemnie postaci porażnych (po wyłączeniu 3 śmiertelnych) wypada 7 przypadków mniej lub więcej uporczywych (często dziś jeszcze budzących obawę, iż będą stałemi), wiotkich porażeń różnych grup mięśni (IV, IX, X, XII, XV, XVI i XVII); nie mówiąc już o tych niedostrzegalnych zmianach chorobowych mięśni, jakie mogą wywierać wpływ szkodliwy na prawidłowy rozwój młodego, szybko rosnącego ustroju, mamy więc w 50% przypadków wyraźne smutne następstwa tej z tego względu bardzo ciężkiej choroby dziecięcej. Jedynie inteligencya u żadnego z dzieci nie uległa zaburzeniom.

Słów kilka o obrazie klinicznym, w jakim przejawiała się choroba Heine-Medina w naszem Zagłębiu. Określić chwilę wtargnięcia zarazka do ustroju, obliczyć choćby w przybliżeniu okres wylęgania, nie powiodło mi się ani razu; jest to zresztą rzeczą wogóle niezwykle trudną i jedynie przy zbiegu pewnych warunków możliwą. To tylko da się powiedzieć, iż na ogół okres wylęgania nie znamionował się w moich przypadkach żadnemi, choć cokolwiek znaczącemi zmianami w zdrowiu. Zresztą w jednym przypadku (VIII) matka wspominała, że na 2—3 tgodnie przed wybuchem gorączki i porażeń $1^1/_4$-roczne dziecko przechodziło w ciągu 2 dni jakieś zaburzenie trawienia z wymiotami i biegunką i od tego czasu nawet chudło; w drugim przypadku (XVJ) była bardzo lekka biegunka z następną zupełną poprawą aż do chwili wybuchu choroby Heine-Medina; w trzecim przypadku (VII) jest mowa o jakichś bąblach, podobnych jakoby do śladów po ukąszeniu owadu, które pojawiły się podobno zarówno u dziecka, jak u matki na 2 tygodnie przed wybuchem choroby.

Wyraźniejszy był okres zwiastunów, który niekiedy miałem sposobność sam spostrzegać, kiedyindziej znów można charakteryzować z opowiadań rodziców. Okres ten znamionował się przedewszystkiem gorączką, sięgającą do 38°—39·5°, a nawet 40°; u tych dzieci, u których można było mierzyć gorączkę dokładniej, stan gorączkowy (jak to widać z niektórych historyi chorób i z krzywych ciepłoty) trwał około 5 dni; gorączka miała tor stały lub częściej zwalniający; po 5, rzadko 6 dniach, ciepłota opada najczęściej poniżej 36·5° i do 35·5°, a i później, o ile można sądzić z niektórych danych, nie przekracza poziomu prawidłowego. Nie umiem powiedzieć, czy gorączkę poprzedzały dreszcze; towarzyszyły jej prawie zawsze objawy chorobowe w zakresie przewodu pokarmowego (najczęściej wymioty), raz tylko porażenie dziecięce musiało się rozpocząć wraz z zapaleniem płuc (przyp. X); objawy nieżytowe ze strony górnych dróg oddechowych widzimy tylko u rodzeństwa chorującego dziecka (przyp. I i XI). Poty, które uważane są za znamienne dla choroby Heine-Medina, w naszych przypadkach należą istotnie do objawów częstych (przyp. I, III, VII, VIII., XI, XII i XIV), jednakże bynajmniej nie zawsze występują (przyp. IX i XIII); w jednym przypadku pojawiły się zresztą dopiero w okresie porażeń (przyp. XV), a mianowicie w dniu spadku ciepłoty i ustąpiły w 13—14. dniu choroby.

Szereg objawów nerwowych ogólnych, zresztą dość nieokreślonych, daje się spostrzegać i w naszych przypadkach, zwłaszcza przeczulica jest w niektórych bardzo wyraźna (przyp. IV, IX i XII); w jednym przypadku (XV) nie stwierdza się jej stanowczo, a w innym znowu (przyp. XIII) występuje nietyle nadczułość, ile bóle, wskutek których dziecko wydaje bolesne okrzyki: bole te pojawiają się właściwie już w okresie bezgorączkowym i trwają całe dwa dni, podczas których występują też coraz wyraźniej objawy podrażnienia opon mózgowych.

Nakłucie lędźwiowe stosowałem raz jeden (przyp. I) i byłbym się na nie zdecydował w przypadku XIII, gdyby nie to, iż wspomniane już objawy mózgowe wkrótce zaczęły ustępować. Muszę też dodać, że w naszej przynajmniej epidemii ani ze względów rozpoznawczych, ani leczniczych nie zachodziła potrzeba uciekania się do tego zabiegu, niemile bądź co bądź widzianego przez rodziców chorych dzieci. Jeśli chodzi o rozpoznanie, to ostre porażenie dziecięce rdzeniowe, zwłaszcza, gdy występuje nagminnie, ma dość znamiennych cech, występujących dość wcześnie, aby rozpoznać to cierpienie, nie uciekając się do nakłucia lędźwiowego.

Co się tyczy postaci, w jakich występowała choroba Heine-Medina, to przedewszystkiem należy zaznaczyć, iż wogóle nie widziałem wiele poronnych postaci tej choroby; należałoby może uznać za nie dwa przypadki (I i XIII, meningismus?), a już z pewnem zastrzeżeniem przypadki, nie zaliczone też przezemnie do niniejszej mojej statystyki, w których bracia dwojga chorych dzieci przechodzili stan kataralny (w przyp. I i XI). We wszystkich innych przypadkach następował okres porażeń. Tam, gdzie obserwacya mogła być dokładniejsza, porażenie jednego mięśnia lub odrazu wielu stwierdzałem niekiedy bardzo wcześnie, bo nawet w 2. dniu gorączki (przyp. VIII) lub w 3. dniu (przyp. VII i XI), kiedy ciepłota była jeszcze podniesiona; jednakże w innych przypadkach porażenia spostrzegałem nieco później, kiedy gorączka już opadała (przyp. XIII i XV). Raz się pojawiwszy, szerzyły się porażenia na inne grupy mięśni w ciągu bardzo niewielu dni, poczem stopniowo ustępowały (w przyp. VIII, XI, XIV i XVIII) lub, jak w bardzo wielu razach (w przyp. IV, IX, X, XII, XV, XVI i XVII), po pewnej poprawie porażenia stawały się bardzo uporczywemi i trwają dotąd, grożąc kalectwem. A takich przypadków naliczyłem wśród naszych do 50%.

Porażenia te sadowiły się i objawiały w sposób rozmaity. Poza przypadkami śmiertelnymi (przyp. II, V i VI), gdzie nie silę się określić postaci choroby Heine-Medina, w 2 przypadkach możnaby może mówić o porażeniu typu Landryego (VIII i XV?). Najczęściej mieliśmy wszakże porażenie nerwu twarzowego, bo spotykaliśmy je w r. 1915 w połowie przypadków; częste są również porażenia kończyn dolnych, rzadsze górnych, w innych przypadkach porażeniom ulegały także mięśnie brzuszne, klatki piersiowej i nawet przepony. Co do odruchów, n. p. kolanowych, to stwierdzałem w pewnych przypadkach ich wzmożenie, w innych osłabienie lub nawet zniesienie. Odruchy oponowe wykryłem raz tylko, w przypadku XIII.

Nie bez znaczenia może będzie, iż w tym czasie, kiedy panowała choroba Heine-Medina, wśród zwierząt domowych nie panowała żadna epidemia, jedynie, jak mnie informował lekarz weterynaryi dr Schönborn w Dąbrowie, w końcu czerwca i w lipcu r. 1915 było 5 przypadków pryszczycy i bardzo dużo (do dziś dnia) przypadków parchów, świerzbu, i t. p. Uderzało w czasie epidemii choroby Heine-Medina niezwykłe rozpowszechnienie się wśród dziatwy tutejszej (w lipcu i sierpniu 1915 r. najwięcej), zwłaszcza w ochronce i przytułku, liszajcowatych i innych wyrzutów, które przypisaćby należało jakimś łatwo przeszczepiającym się zarazkom ropotwórczym. Jednakże ani jedno dziecko z tych instytucyi nie chorowało na porażenie rdzeniowe; z chorych naszych u dwojga były podobne wyrzuty na skórze. Poza tem oprócz zwykłej u nas w lecie czerwonki i niezwykle ciężkiego cierpienia, jakiem się okazała »puchlina głodowa«, szerząca się, jak wiadomo, w czasie obecnej wojny w naszem Zagłębiu, innych epidemii nie mieliśmy.

Pozostałoby jeszcze słów kilka nadmienić o leczeniu w naszych przypadkach. Są one jednak tak jeszcze nie-

liczne, iż niepodobna wydawać sądu o wynikach leczenia; osobiście mam wrażenie, że i zalecana urotropina, którą stale stosowałem, nie wywiera żadnego wyraźniejszego wpływu. Miesienie, elektryzacya, we wcześniejszych, a także i późniejszych okresach kąpiele ciepłe, środki wzmacniające — wszystko to stosowano w stopniu większym lub mniejszym w tych lub innych przypadkach i, jak się zdaje, z wynikiem pomyślnym. Zresztą o ostatecznym wyniku choroby w większości moich przypadków będzie można mówić dopiero po kilku jeszcze miesiącach.

Sprawozdania.

Toczeń, jego znaczenie i zwalczanie.

(Sprawozdanie poglądowe)

napisał

Dr K. Missona (Kiel).

Leczenie tocznia należało do niedawna jeszcze do rzędu terapii t. zw. niewdzięcznych dla lekarza, zważywszy, że wyniki, jakie otrzymano przed wejściem w ogólne użycie leczenia tocznia światłem, nie były zachęcające.

Dopiero skoro Finsen z Kopenhagi ogłosił wynik leczenia tocznia zapomocą wynalezionej przez siebie lampy, uwaga całego świata lekarskiego zwróciła się znowu na sprawę tocznia, tembardziej, że wyniki, otrzymywane przez Finsena, były bardzo dodatnie.

W czasie kiedy Finsen w ojczyźnie swej sprowadzał niejako przewrót w leczeniu gruźlicy skóry, a tocznia w szczególności, sprawa ta w Niemczech przedstawiała się niekorzystnie. Dopiero »Komitet centralny dla zwalczania gruźlicy« (resp. delegacya, wysłana z ramienia tegoż komitetu, zachęcona wynikami, jakie oglądano na miejscu w Kopenhadze) przyczynił się do utworzenia osobnej »Komisyi dla zwalczania tocznia« w Niemczech. Komisya ta podała następujące wnioski: 1) Stworzenie specyalnych lecznic dla chorych na tocznia. 2) Zakupienie aparatów świetlnych. 3) Budowa baraków dla czasowego pomieszczenia chorych na tocznia. 4) Bezpłatne leczenie tego rodzaju chorych. 5) Udoskonalenie znanych już metod. Ażeby zaś stwierdzić, który z wniosków wymaga rychłej realizacyi, postanowiła wspomniana komisya postarać się o dokładną ile możności statystykę chorych na tocznia w Niemczech.

Statystyka taka, zebrana z wielkim nakładem pracy lekarzy, władz sanitarnych i innych czynników, zajmujących się higieną społeczną, wykazała, że w r. 1908 liczba chorych na tocznia w Niemczech, pozostających w leczeniu, wynosiła 11.354. Jeśli uwzględni się, że do tej statystyki nie wciągnięto zupełnie tych, u których rozpoznanie nie było pewne, jak i tych, którzy z powodu zbyt posuniętej sprawy nie byli leczeni, to w tym czasie przyjąć należy wogóle około 33 tysięcy chorych na tocznia.

Wykazano wówczas również, że rozszerzanie się tocznia idzie równomiernie z gruźlicą; w centrach handlowych spotyka się go częściej, niżeli w okolicach mniej zamieszkałych.

Co do płci wykazała statystyka wspomniana, że na tocznia cierpi przeszło $^2/_3$ płci żeńskiej i niecała $^1/_3$ płci męskiej.

W r. 1908, gdy wspomniana komisya dla zwalczania tocznia w Niemczech rozwijała swą działalność, istniało w Niemczech 30 stacyi dla chorych toczniowych. Mieściły się one przy klinikach i szpitalach, które posiadały po kilka lamp Finsenowskich. Specyalne lecznice toczniowe, obejmujące po kilkadziesiąt łóżek, istniały wówczas w Graudenz i Giessen.

Ideałem komisyi toczniowej była budowa wielkiego sanatoryum dla chorych na tocznia, na wzór wiedeńskiej lecznicy dla tego rodzaju chorych. Rząd niemiecki jednak odmówił na to funduszów, powołując się na dostateczną ilość łóżek, będących w dyspozycyi klinik i szpitali dla tego rodzaju chorych.

Nie zniechęciło to jednak pracujących na polu walki z toczniem. Zabrali się oni wobec tego do udoskonalania już istniejących stacyi dla chorych na tocznia — do wyszukiwania i doprowadzania tychże chorych do owych stacyi, jakoteż do sprawy pomocy materyalnej dla rodzin tych chorych. Jednocześnie na podstawie układów z klinikami i szpitalami zobowiązała się komisya przeciwtoczniowa do pomocy finansowej dla tych klinik resp. szpitali, które wykażą się odpowiednią statystyką chorych na tocznia, leczonych z wynikiem dobrym. Również zakupiono kilka przyrządów Finsenowskich, które zostały niektórym klinikom wypożyczone.

Chcąc najszersze sfery ludności zainteresować sprawą zwalczania tocznia, wydał komitet osobną broszurę o znaczeniu tocznia i potrzebie jego zwalczania. Celem broszury było rozpowszechnienie wiadomości, że toczeń, we wczesnych okresach rozpoznany i leczony, jest stanowczo uleczalny, że więc należy poddawać badaniu lekarskiemu jak największą ilość ludzi młodych i dzieci, co sprawę zwalczania tocznia sprowadzi na właściwe tory. Skutek uświadomienia szerokich kół ludności był duży, gdyż od tego czasu polikliniki i ambulatorya przepełniły się chorymi, przez co także przypadki innych chorób, przypominające tocznia, leczone lub nieleczone, (jak n. p. kiła), zostały wykryte i poddane leczeniu.

Działalność komisyi przeciwtoczniowej była i w innym kierunku bardzo wydatna. Dała ona bowiem impuls do rozwiązania zagadnienia, w jakim stopniu zachodzi przy toczniu zakażenie laseczników gruźlicy ludzkiej, a w jakim stopniu lasecznikiem gruźlicy bydlęcej. Badania te wykazały, co następuje: Na 28 przypadków znaleziono 85·2% z prątkiem ludzkim, a 14·8% z bydlęcym; w 5 przypadkach wynik był ujemny. W innych 15 przypadkach 11 razy znaleziono prątki ludzkie, 3 razy bydlęce.

Komisya również dała zachętę do wyjaśnienia niektórych spornych zagadnień co do dróg powstawania tocznia i t. p. Sprawa natury gruźliczej tocznia, roli prątków, odczynu ustroju w postaci tworzenia się tkanki gruźliczej, nie ulegała wątpliwości, były jednak odmienne zapatrywania co do dróg powstania tocznia, co dla leczenia tej sprawy chorobowej ważne posiada znaczenie.

Do niedawna przeważało zapatrywanie, że toczeń jest cierpieniem wyłącznie powłok zewnętrznych, t. j. skóry. Przeciw temu wystąpił Wichmann z Hamburga, twierdząc, że toczeń nosa i twarzy ma początek na błonie śluzowej nosa. Na materyale toczniowym (500 chorych) w Hamburgu wykazał on, że 1) w 56·7% znajduje się pierwotne ognisko na błonie śluzowej nosa, a następowo przechodzi toczeń na skórę nosa resp. twarzy; 2) w 31·8% pierwotny toczeń twarzy przeszedł na błonę śluzową nosa. Ta częsta siedziba tocznia na błonie śluzowej wykazuje ogromną doniosłość ścisłego badania chorych na tocznia. Dlatego też każdy przypadek tocznia należy poddawać badaniu przez specyalistów, o ile to tylko jest możebne.

Do wyjaśnienia sposobu szerzenia się tocznia przyczynili się w wielkim stopniu Blumenfeld, Forchhammer i szereg innych, dochodząc na podstawie ścisłych badań do wniosku, że początków tocznia szukać należy w czasach, gdy ustrój w młodości przechodzi gruźlicę. Nägeli na podstawie badań swych utrzymuje, że 95% ludzi przechodzi w młodości gruźlicę, dlatego też nic dziwnego, że wymienieni badacze każą szukać początków tocznia w dzieciństwie. Niemiecka statystyka tocznia wykazuje słuszność tego zapatrywania, gdyż 68% przypadków tocznia przy-

pada na wiek poniżej lat 16. Zwalczanie tocznia — bez walki z nim za młodu — będzie często, zdaniem Neumana, pracą syzyfową.

Metod, któremi posługuje się dzisiejsza medycyna w leczeniu tocznia, — jest tak dużo, że wyliczenie wszystkich jest prawie niemożliwe.

Najlepszą jest ta metoda, która w możliwie krótkim czasie leczy tocznia zupełnie, uwzględniając przytem również wynik kosmetyczny.

Jedyną przyczynową terapią tocznia jest leczenie tuberkulinowe. Jak wiele innych sposobów leczniczych, popadło ono wkrótce po swem powstaniu w niełaskę, ostatnimi czasy jednak mnożą się zdania, że leczenie tuberkulinowe, przy odpowiednim doborze przypadków tocznia, umiejętnem dawkowaniu, przy uwzględnianiu ciepłoty i ogólnego stanu chorych, łącznie z innemi metodami, oddaje wielkie nieraz usługi.

W każdym razie wartość starej tuberkuliny (A. T.) Kocha, jako środka rozpoznawczego, nie ulega żadnej wątpliwości. Autorowie niemieccy, jak Zieler, Jesionek, wyrażają przekonanie, że w żadnym wogóle przypadku tocznia i gruźlicy nie powinniśmy zaniechać użycia tuberkulin, bądź to dla celów rozpoznawczych, bądź leczniczych.

W użyciu jest dzisiaj cały szereg tuberkulin, z nich najczęściej bywa używana stara tuberkulina (A. T.) Kocha, T. R. tuberkulina i t. zw. nowa tuberkulina. Stara tuber-Kocha nie uodpornia, jak wiadomo, przeciw lasecznikom, jedynie przeciw ich toksynom.

Tuberkulina T. R. jest wzorem zabiegów Kocha, zmierzających do stworzenia tuberkuliny, skierowanej przeciw lasecznikom gruźliczym. Ta tuberkulina, wywołująca mniejsze odczyny ogólne i miejscowe, jest przeważnie dziś w użyciu. Nowa tuberkulina (zawiesina laseczników, zawierająca w 1 cm 0·005 substancyi słabych laseczników) zbliża się w działaniu swem do starej tuberkuliny Kocha, ale daje słabszy odczyn ogólny.

Drugą grupą środków, których działanie następuje drogą naczyń krwionośnych, są środki chemoterapeutyczne, jak sinek złotowo-potasowy (aurum kalium cyanatum), sole miedzi i salwarsan.

Co do znaczenia sinku złotowo-potasowego, to nie działa on wprost przeciw bakteryom, ale pośrednio przez działanie na ściany naczyń. Przekonanie o wartości sinku złotowo-potasowego zostało doświadczeniami na rozmaitych klinikach zachwiane. Żaden z autorów nie otrzymywał tak dodatnich rezultatów, jak Bruck. — [Doświadczenia wykonywane z solami złota przez Heubnera na zwierzętach, dotkniętych nowotworami złośliwymi, były podjęte przed metodą Brucka].

Salwarsan, stosowany przez klinicystów niemieckich przy toczniu (prof. Zieler, Klingmüller), wcale nie działał na sprawę toczniową.

Co do soli miedzi, które na szeroką skalę u przeszło 100 chorych stosował prof. Strauss w Bremie, sprawa jeszcze zupełnie do oceny nie dojrzała. Według statystyki, jaką badacz ten podaje w swej pracy »Hauttuberkulose u. ihre Behandlung mit Kupferlezithin« (1913, Strahlentherapie), należałoby sprawę tę rozpatrzeć i poczynić odpowiednie doświadczenia, tembardziej, żo podstawa teoretyczna i doświadczalna została w pracach hr. Linden już przedtem ugruntowana.

Metoda wycinania (Langa) ma i dziś wielu zwolenników, naturalnie w granicach możliwości wykonania, gdzie ogniska są małe. Inne metody operacyjne mają tylko znaczenie pomocnicze.

Wielką wziętością cieszy się w naszych czasach t. zw. metoda zimnej kaustyki (Kaltkaustik), gdzie mimo, że postępujemy doszczętnie, tak wynik kosmetyczny, jak i leczniczy są zadowalniające. Metoda ta nadaje się szczególnie do spraw toczniowych na błonach śluzowych. Metody żrące i przyżegania (Brennmetoden) są metodami przygotowawczemi; przyżeganie dziś bardzo mało bywa używane. Przy metodzie t. zw. żrącej, mającej na celu zniszczenie ogniska gruźliczego, używamy do tego celu 10%—20% maści pyrogallusowej, ewentualnie maści miedzianej, poczem po niejakim czasie, gdy ustąpią objawy zapalne, przystępujemy do stosowania metod świetlnych, t. j. lampy Finsena i lamp kwarcowych Kromayerą. Szczególnie światło Finsena oddaje w toczniu bardzo ważne usługi

W leczeniu tocznia posługiwał się Finsen w początkach skoncentrowanem światłem słonecznem, później prawie wyłącznie silnem światłem lampy łukowej. Przekonał się bowiem, że światło lampy łukowej zawiera daleko więcej promieni pozafiołkowych, niż światło słoneczne, które to promienie, jak sądził, mają wielką siłę bakteryobójczą. Promienie żółte i czerwone czyli cieplne, nie mające znaczenia leczniczego, wyłączał Finsen z pomocą przyrządów chłodzących (t. j. zimnej wody, zwilżającej stale soczewki lampy Finsenowskiej).

Uwzględniając, że krew, resp. ciałka krwi absorbują w znacznej części promienie fiołkowe i pozafiołkowe, o których działanie w leczeniu tocznia chodzi, zastosował Finsen tak zwane kompresoryum, ucisk skóry aż do zupełnego usunięcia krwi zapomocą soczewki z kwarcu.

Metoda Finsena przy całem uznaniu jej wartości leczniczej i kosmetycznej jest tak kosztowna, że tylko kliniki i większe szpitale mogą pozwolić sobie na tak duży wydatek. Do tego musimy dodać, że niezawsze jednorazowe naświetlenie wiedzie do celu. Dlatego też metoda ta na szeroką skalę może być stosowana tylko w dobrze wyposażonych klinikach i szpitalach.

Co do pytania, jak trzeba sobie tłómaczyć działanie metody Finsena, to należy przyjąć, że nie zachodzi tu wyjałowienie tkanki przez zabicie prątków, ale że istotnym czynnikiem gojącym jest bezwątpienia długotrwały, głęboko sięgający fotochemiczny stan zapalny skóry, który to stan zapalny następowo wiedzie do wessania nacieków patologicznych. Badania histologiczne Glebowskiego i H. Schmida wykazały, że w następstwie naświetlenia następuje rozszerzenie naczyń skóry, emigracya leukocytów z naczyń i naciekanie nimi tkanki toczniowej, następnie zmiany degeneracyjne w komórkach tkanki toczniowej i dalsze sprawy gojenia.

Leczenie zapomocą lampy Finsena stosujemy najkorzystniej w przypadkach tocznia twarzy i rąk, dobierając do tego ogniska mniejsze, płaskie, najlepiej te, których nie poddawano żadnym innym zabiegom. Także odpowiednie, niezbyt daleko posunięte przypadki, skombinowane z toczniem błon śluzowych, mogą być poddane tej metodzie, która jest najłagodniejszą, a ze stanowiska kosmetycznego najlepszą ze znanych metod. Co do powikłań tocznia z toczniem podniebienia, dobre usługi oddaje naświetlanie promieniami Roentgena.

Tocznia uważamy za wyleczonego, jeśli przy zupełnem zniedokrwieniu skóry zapomocą szkła nie możemy wykazać ani śladu guzków.

Co do sprawy nawrotów przy metodzie Finsena, to prof. Schmidt podaje dwie duże statystyki, objaśniające wyniki tej metody. Statystyka instytutu Finsena w Kopenhadze obejmuje przypadki od r. 1896—1910, wogóle 1.835 przypadków tocznia. Zmarło 233 chorych, nie doczekawszy wyników zabiegów. Z pozostałych 1.602 zostało wyleczonych 955. Z tych 955 wyleczonych 182 było 10 lat bez nawrotu, 380 5—10 lat bez nawrotu, 252 2—5 lat bez nawrotu, 141 mniej niżeli dwa lata bez nawrotu. Druga statystyka dotyczy instytutu Finsena w Londynie. Od roku 1900—1913 leczono tam 1.356 przypadków tocznia:

Wyleczonych 3—13 lat	544
Wyleczonych od mniej niż 3 lat	196
Przypadków wymagających od czasu do czasu pomocy	117
Polepszeń	161
Nieuleczonych	31

Przestało się leczyć	127
W leczeniu	190
Razem	1.356

Co do lampy kwarcowej, to prof. Schmid jest tego zdania, że z jej pomocą uzyskujemy przy toczniu szybkie spłaszczenie nacieków toczniowych, ale w bliznowatej skórze znajdują się częściej tu i owdzie gruzełki, tak że Schmid poleca tu następowe naświetlania lampę Finsenowską. Według bowiem badań Dettmera światło lampy kwarcowej Kromayera przechodzi skórę cokolwiek więcej, niż na 1 mm w głąb, nie dociera więc do ognisk głębiej położonych.

Promieniami Roentgena zwalczamy skutecznie dwie postacie tocznia: lupus tumidus i lupus exulcerans. Leczenie to jest w większej części przypadków przygotowujące. Pod wpływem promieni Roentgena nacieki spłaszczają się, owrzodzenia zabliźniają się, a pozostałe tu i owdzie guzki poddajemy działaniu lampy Finsena. Niekiedy atoli dochodzimy w tych postaciach tocznia także z pomocą samych promieni X do celu. Przy t. zw. lupus follicularis wystarcza niekiedy jedno naświetlenie promieniami X, żeby uzyskać skutek leczniczy.

Na usługach nowoczesnej dermatologii znajdują się również rad i mesothor. Prócz bardzo ważnych fizycznych i chemicznych własności posiadają te ciała odrębne biologiczne działanie, tak na tkanki roślinne, jakoteż i zwierzęce. Własność tę wyzyskała medycyna dzisiejsza dla celów leczniczych, wyznaczając tym środkom szereg wskazań przy rozmaitych sprawach chorobowych, toczących się bądź na powłokach, jako też wewnątrz ustroju.

Tak rad, jak i mesothor, znalazły dzięki swym własnościom leczniczym i bardzo dogodnej formie stosowania stosunkowo szerokie zastosowanie, (mimo olbrzymich kosztów, jakie leczenie tego rodzaju pociąga za sobą). Także w leczeniu tocznia, głównie błon śluzowych, gdzie innemi metodami trudniej dochodzimy do celu, znajdują obie substancye promieniotwórcze ważne zastosowania.

W leczeniu tocznia nie wolno zapomnieć, że toczeń nie jest cierpieniem wyłącznie skóry, że jest on wyrazem zmniejszonej odporności przeciw gruźlicy, że w większości przypadków błona śluzowa jest punktem wyjścia tocznia, którego początków szukać należy w wieku młodym. Zadaniem przeto lekarza jest przy uwzględnianiu warunków higienicznych, dyetetycznych, ew. metod internistycznych, zwrócenie uwagi na tę najczęstszą lokalizacyę tocznia.

Starym wypróbowanym środkiem w gruźlicy, zwłaszcza t. zw. chirurgicznej, jest jod. Środek ten przy toczniu błon śluzowych wywiera w łagodnych postaciach tocznia górnych dróg oddechowych niekiedy wybitne działanie w kierunku t. zw. »Umstimmung des Gewebes«. To znaczy, że toczeń, który przedtem nie oddziaływał na leczenie światłem, następnie po zastosowaniu jodu ma skłonność do wygojenia się.

Metoda Pfannenstiela stosowania jodu (i H_2O_2 w postaci nakraplania na miejsca toczniem zajęte), wymaga tak ze strony lekarza, jak i chorego, wielkiej cierpliwości. W 5 przypadkach na 11 podaje autor zupełne wyleczenie.

Holländer poleca wewnętrznie jodek potasu.

Dreuw podaje, że w szeregu przypadków widział dobre wyniki po miejscowem zastosowaniu 1% kwasu solnego, które to leczenie wymaga ścisłej kontroli lekarza.

Hinsberg podaje, że w kilkunastu przypadkach tocznia używał z dobrym skutkiem kwasu mlecznego.

Wittmaak używa 10%—20% maści pyrogallusowej na tocznia błon śluzowych, jako zabiegu pomocniczego przed stosowaniem radu lub mesothoru. Inni autorzy podali szereg środków chemicznych, mniej lub więcej działających.

W nowszych czasach z powodzeniem stosuje się również przy toczniu błon śluzowych wszystkie znane zabiegi świetlne, jakoto światło słoneczne, Finsenowskie, lampę kwarcową, promienie Roentgena, rad i mesothor.

Leczenie słoneczne przy gruźlicy tak chirurgicznej, jak i skórnej i błon śluzowych, stosują Bernhard i Rollier. Wyniki, które oni podają (na zjeździe w Londynie 1913), są ogromnie zachęcające.

Światło Finsena znajduje przy toczniu błon śluzowych mniejsze zastosowanie, a to z dwóch względów: po pierwsze trudny przystęp (tylko błona śluzowa ust), po drugie postulat kosmetyczny wchodzi tu mniej w rachubę.

Naturalnie nie należy zapominać przy stosowaniu innych metod o ewentualnem zniekształceniu dróg oddechowych przy nieumiejętnem postępowaniu, gdyż z tą chwilą szanse wyleczenia bardzo obniżamy.

Do metody Finsena nadaje się prócz błony śluzowej ust tylko przednia część nosa, resp. jej błona śluzowa. Podniebienie, gardło, tak do metody Finsena, jak i do lampy Kromayera, nie nadają się z przyczyn technicznych. Co do leczenia błon śluzowych promieniami Roentgena, to jest ono ograniczone do podniebienia twardego i jam nosowych, przy użyciu odpowiednich filtrów i zabiegów, chroniących otoczenie.

W leczeniu tocznia błon śluzowych posługujemy się wreszcie radem i mesothorem, ciałami o wysokiej energii promieniotwórczej, związanej w małej masie tych ciał.

Przy użyciu tych ciał kierujemy się siedzibą ogniska chorobowego na błonach śluzowych. Od usadowienia się sprawy zależeć będzie wybór filtrów i czas naświetlania. Niemniej pamiętać należy, że działanie promieni radu i mesothoru zależy również od regulacyi dopływu krwi i limfy. Zniedokrwienie daje możność głębszego wnikania promieni, zastój żylny i znieczulenie przyczyniają się do działania powierzchownego.

Obok metod świetlnych odgrywa w najnowszych czasach w leczeniu tocznia tak skóry, jakoteż błon śluzowych, metoda t. zw. »zimnej kaustyki« (zapomocą igły Forestea) bardzo doniosłą rolę.

W miejscu zetknięcia końca igły (punkt wyjścia prądu elektrycznego o niezliczenie wysokiej liczbie przerw) z tkanką chorą, tkanka na małym obszarze zostaje bardzo szybko zniszczona, wraz z nią naczynia krwionośne, jako też limfatyczne. Gojenie się przy tej metodzie trwa 4—6 tygodni, jak podaje Albanus. Tenże autor podaje w pracy »Bekämpfung des Schleimhautlupus« większą statystykę (183 chorych) toczniowych ze zmianami na błonach śluzowych. W 80% przypadkach tocznia górnych dróg oddechowych uzyskał Albanus bądź wyleczenie, bądź wybitną poprawę. Powyższa metoda sama, jak przyznaje Albanus, nie wiedzie do celu; w związku z innemi metodami, jak promieniami Roentgena, radu, mesothoru — jak niemniej ze środkami ogólnymi dyetetycznymi, higienicznymi, oddaje często ważne usługi.

Wybór metody, ewentualnie kombinacyi kilku metod, zależy od ogólnego stanu chorego, siedziby, rozległości i natężenia sprawy toczniowej; — nie mniej ważną muszą niestety odgrywać rolę także warunki natury zewnętrznej wobec kosztów leczenia zachowawczego.

Ażeby przekonać się, że koszta te są bardzo duże, wystarczy zajrzeć do »Statystyki chorych na toczeń miasta Hamburga«. Koszta leczenia w r. 1909 wynosiły na głowę 343 mk, w r. 1910 417 mk, w r. 1911 350 mk i t. d. Koszta wynikłe z leczenia ponosiły kasy chorych i krajowe instytucye ubezpieczeń.

Tak wysokich kosztów można niekiedy uniknąć w takich przypadkach, gdzie choroba nie wymaga stałej obserwacyi klinicznej. Większość takich chorych poddaje się leczeniu ambulatoryjnemu, przez co odpadają koszta wyżywienia. Wielką usługę oddają klinikom i szpitalom przytułki dla chorych na tocznia, gdzie mogą oni po kilka do kilkunastu dni przebywać, dochodząc do klinik celem stosowania odpowiednich zabiegów. Przy sumiennem badaniu, używaniu dostosowanych do przypadku metod udaje się

w wielu przypadkach, nawet ciężkich, usunąć niezdolność do pracy na szereg lat. Przypadki »wyleczone« należy jednak jeszcze przez długie lata nadzorować, badając przynajmniej dwa razy do roku, czy niema nawrotu.

Oto są w ogólnych zarysach naszkicowane metody walki z toczniem jako chorobą nagminną, stosowane w Niemczech. W walce tej lekarze niemieccy i organizacye socyalne idą obok siebie. Jeśli wyniki dotychczasowej walki nie są w Niemczech takie, jakimi dziś szczyci się Finsen, w którego ojczyźnie toczeń przestał być uważany za chorobę nagminną, to wina leży, jak twierdzą, w niedość wydoskonalonej organizacyi walki z toczniem.

Walka z toczniem łączy się nader ściśle z walką z gruźlicą wogóle. To też »Związek centralny dla zwalczania tocznia w Niemczech« nakreślił sobie następujące zadania: a) Uświadamianie ludności o znaczeniu gruźlicy i tocznia w szczególności, przez szereg broszur i odczytów bezpłatnych. b) Bezpłatne badanie podejrzanych przypadków w kierunku jakiejkolwiek postaci gruźlicy, a szczególnie tocznia. c) Kontrola wyników leczenia, subwencye dla klinik, szpitali i lecznic prywatnych, o ile wykażą się odpowiednimi wynikami. d) Wspomaganie materyalne, ułatwianie wyszukania pracy dla uleczonych, pomoc dla rodzin chorych podczas niezdolności do pracy.

Energii i pracy tego Związku zawdzięczają dziś setki chorych na toczeń wyleczenie, pomoc materyalną i moralną, zaś miasto Hamburg inicyatywę założenia wielkiej lecznicy toczniowej, wyposażonej w najnowsze urządzenia.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Adolf Czajkowski: **Makowiec polski i spostrzeżenia nad nim.** (Gaz. lek. 1916, 6). Jeszcze przed wojną, w r. 1914, podjęła stacya rolnicza w lubelskiem na zlecenie Towarzystwa »Planta« próby wytwarzania makowca. Szło o stworzenie podstaw dla nowej gałęzi drobnego przemysłu rolnego, a zarazem o uzyskanie dla kraju produktu, czystszego i lepszego od makowca sprowadzanego, który często jest zafałszowany i zawiera zbyt mało morfiny. Makowiec uzyskiwano, tak jak w Chinach, przez powierzchowne nacięcia niedojrzałych makówek (z importowanych nasion »papaver somniferum«), zgęstniały sok zbierano następnego dnia i suszono, powtarzając to na każdej makówce kilka razy w ciągu lata. Z prób tych pozostała niestety niewielka ilość do badań, bo wojna zniszczyła plantacye i zbiory. Makowiec ten zbadano w dwóch warszawskich pracowniach, stwierdzając w świeżym 10%, w wysuszonym 12% morfiny. (Makowiec chiński zawiera jej 2—5%, indyjski 4—7%, perski 8—16%). Z nalewką z tego makowca, przyrządzoną według farmakopei rosyjskiej, wykonał C. próby naprzód u zwierząt z wynikiem pomyślnym. Następnie, podając tę nalewkę chorym na ostrą biegunkę o średniem natężeniu, przekonał się C., że nie ustępuje ona w niczem nalewkom z makowców zagranicznych co do działania przeciwbiegunkowego i nie wywiera szkodliwych działań ubocznych. W kilku przypadkach bezsenności i rozdrażnienia użył C. nalewki polskiego makowca, jako środka nasennego, z wynikiem również dobrym. Makowiec przeto, wytworzony w kraju, można uznać za równowartościowy z zagranicznym; jest tylko bardziej gorzki. r.

Prof. Meyer, Klink i Schlesies: **Spostrzeżenia dotyczące duru osutkowego.** (Berl. kl. W. 1916, 8). Spostrzeżenia autorów obejmują 134 przypadków. Rozpoznawczą wartość mają według autorów: ból głowy, rosnąca gorączka po wstępnym dreszczu, osutka przy braku prątków duru brzusznego we krwi i przy braku leukopenii, zapalenie spojówek, spojrzenie osłupiałe, drżąca mowa, uderzająco czerwony brzeg obłożonego języka, drżenie mięśni twarzy, wcześnie występujące przyspieszenie tętna, osłabienie serca, bredzenie. Do do rokowania zauważają autorowie tylko tyle, że dur osutkowy nie jest chorobą tak bezwzględnie śmiertelną, jak sądzono z początku wojny, że rokowanie jest tem gorsze, im chory starszy i gorsze u żołnierzy niemieckich, niż rosyjskich. Leczenie polegało na stosowaniu świeżego powietrza (w miejscu zasłonionem od wiatru) przez cały dzień, wzmacnianiu serca przed wystąpieniem osłabienia zapomocą naparstnicy, a potem wielkich dawek kamfory, kofeiny, ewentualnie wlewań rozczynu fizyologicznego i cukru gronowego. Nadto, jako nowego sposobu leczenia, używali autorowie wielkich dawek optochiny (przerywając jednak podawanie w razie zjawienia się mroczków przed oczyma!), a mianowicie wewnętrznie 6, 8, a nawet 10 razy dziennie po 0·25. albo podskórnie 2—3 wstrzyknięcia po 0·25 (rozczyn w ciepłym alkoholu, rozcieńczony potem olejem kamforowym), nawet śródżylnie (w rozczynie fizyologicznym). Zmarło 4 chorych (zaledwo = 3%). Okres gorączkowy przy optochinie skraca się nieco (do 12 dni). r.

Rösler: **Autoseroterapia duru osutkowego.** (Wiener kl. W. 1916, 12). Uzyskawszy zapomocą autoseroterapii pomyślne wyniki w durze brzusznym, a uwzględniając bezskuteczność wszelkich środków leczniczych w durze osutkowym, podjął R. próby z autoseroterapią w durze osutkowym. Na szczycie gorączki zaraz po przyjęciu chorych na oddział upuszczano 90—100 cm³ z żyły łokciowej (ściśle aseptycznie), po skrzepnięciu odwirowywano i zaprawiano $^1/_{10}$ objętości 5% kwasu karbolowego[1]) (później nie używano tego dodatku, tylko przesączano surowicę przez świecę Berkefelda, a wstrzykiwano ją, sprawdziwszy jałowość). Wstrzykiwano dawki stopniowo coraz większe, począwszy od 1 cm³ do 5 cm³, do żył, przez kilka dni z rzędu, aż do zupełnego ustąpienia gorączki. Wyniki tego postępowania, zastosowanego w 3 bardzo ciężkich przypadkach, były pomyślne. Ciepłota zaczyna spadać w 2—3 godzin po wstrzyknięciu; gorączka ustępuje zupełnie po 4—5. wstrzyknięciu, czynność serca poprawia się już po pierwszem wstrzyknięciu. Odczynowi po wstrzyknięciu towarzyszą silne poty i znaczne polepszenie się stanu podmiotowego. r.

Neustadl i Marcovici: **Leczenie duru brzusznego tyfiną.** (M. m. W. 1916, 11). N. i M. próbowali leczyć 25 przypadków duru brzusznego zapomocą szczepionki, uzyskanej przez Gröera, zawierającej wydobyte z prątków durowych rozpuszczalne ciała białkowate. Szczepionka, nazwana »typhin«, ma tę wyższość nad innemi, że daje się dokładnie dawkować w miligramach. Wszystkie leczone przypadki były rozpoznane stanowczo jako dur (odczyn Widala, hodowla); choroba trwała conajmniej 2 tygodnie. Na dwa dni przed wstrzyknięciem tyfiny »przygotowywano«serce przez podanie digalenu. W 21 przypadkach stosowano wstrzykiwania kombinowane: po 0·75 cm³ tyfiny do żył i śródmięśniowo; w 4 przypadkach tylko śródmięśniowo, 4 cm³ naraz. W pół godziny po wstrzyknięciu dreszcz, potem wzrost gorączki do 40°, następnie nagły spadek wśród potów aż poniżej poziomu prawidłowego. Zapad zdarzył się przytem w 2 przypadkach (raz śmiertelny). N i M. przypisują to temu, że serce w tych przypadkach nie było dostatecznie przygotowane przez podawanie digalenu. Z 4 przypadków, w których wstrzykiwano tylko śródmięśniowo, w 2 wyraźne polepszenie, w 2 — nie było skutku. Natomiast z 21 przypadków, gdzie kombinowano wstrzykiwanie dożylne ze śródmięśniowem, osiągnięto w 11 bardzo wybitny skutek (zupełne ustąpienie gorączki), w 4 był skutek mniej wybitny, ale niewątpliwy, w 3 dalszy przebieg tylko złagodniał, 3 zaś chorych zmarło. — Na tej zasadzie uważają autorowie leczenie duru brzusznego tyfiną za skuteczniejsze od leczenia innemi szczepionkami. r.

Prüssian: **Epidemia gorączki powrotnej, leczona neosalwarsanem.** (M. m. W. 1916, 10). W jednym ze szpitali dla jeńców spostrzegał P. 127 przypadków duru powrotnego, z których 90 leczył neosalwarsanem. Jestto największa liczba, u jakiej w jednej epidemii stosowano neosalwarsan (Iversen w r. 1910 miał sposobność leczyć tym sposobem 45 chorych w jednej epidemii). W 94·4% z tych 90 przypadków wystarczyło jedno wstrzyknięcie 0·45 neosalwarsanu do żył, aby nie dopuścić do drugiego napadu i wywołać trwałe wyleczenie. Zejścia śmiertelnego nie było żadnego (w nieleczonym durze powrotnym bywa 2—5%). Działań ubocznych nie zauważono. r.

Jürgens: **Czy istnieje związek między puchliną (głodową) w obozach jeńców, a chorobami zakaźnemi?** (Berl. k. W. 1916, 9). Na zasadzie swych spostrzeżeń daje J. na to pytanie odpowiedź przeczącą. Puchlina jest wynikiem zboczeń w przemianie materyi, mogących wystąpić zarówno w obozach zakażonych, jak niezakażonych; można ją usunąć przez staranne ży-

---

[1]) Dodawać kwasu karbolowego należy kroplami, lekko kłócąc surowicę, aby uniknąć strącania się białka i zmętnienia surowicy.

wienie, poczem nie pojawia się ona ponownie, nawet jeśli w danym obozie znów wystąpi dur powrotny lub inna epidemia. r.

Dünner i Eisner: **Sto przypadków krupowego zapalenia płuc, leczonych optochiną.** (Ther. d. Gegenw. 1916, 2). Spostrzeżenia D. i E., zebrane na oddziałach prof. Klemperera i prof. Zinna, są o wiele mniej korzystne, niż mnogie spostrzeżenia innych autorów. Mianowicie D. i E. nie zdołali stwierdzić, aby optochina przyspieszała rozejście się (resolutio) zapalenia, aby w jakikolwiek sposób wspomagała powrót do stanu prawidłowego, aby wyraźnie zmniejszała śmiertelność (w przypadkach »wczesnych« zmarło 12·6%), co zresztą nader trudno ocenić wobec bardzo rozmaitego przebiegu przypadków zapalenia płuc, nawet zupełnie nie leczonych, wobec znanego wpływu wieku, alkoholizmu i t. p. Okazało się zaś, że optochina często (19 razy na sto) wywołuje takie skutki uboczne, z którymi lekarz poważnie liczyć się musi w praktyce, a mianowicie szum w uszach, mroczki przed oczyma, wymioty, dwa razy nawet przejściowe zaniewidzenie, raz zaś, co gorsza, ciężkie zaniewidzenie, które dopiero po 2 tygodniach zwolna ustąpiło. r.

Feilchenfeld: **Zaniewidzenie wskutek optochiny.** (Deut. m. W. 1916, 11). Zweig: **Leczenie zapalenia płuc optochiną.** (Wiener kl. Woch. 1911, 11).

U 20-letniego chorego Feilchenfelda nastąpiło wskutek cogodzinnego podawania zwyczajnie zalecanej dawki 0·2 optochiny (w ogólnej ilości 5 gr.) trwałe uszkodzenie wzroku, przedtem prawidłowego. Mianowicie jeszcze w 10 tygodni po zaniewidzeniu pod wpływem optochiny stwierdzono: Pr. O.—4.0 S 6/6, LO.—1.0 S 6/6, ślepota zmierzchowa, mroczki, podmiotowe przerwy (scotoma), obustronne znaczne zwężenie pola widzenia. Ponieważ zboczenia słuchu pojawiają się w razie szkodliwego działania optochiny wcześniej od zboczeń wzroku, przeto należy w tej chwili optochinę usunąć, skoro pojawią się zaburzenia słuchowe.

Zweig leczył optochiną 44 chorych na krupowe zapalenie płuc, podając ten lek po 0·25, a na dzień 1·0 (w pierwszym dniu 1·5). Zmarło 5 chorych, śmiertelność tu zatem (11%) była większa nawet, niż przy innych sposobach leczenia. W przypadkach pomyślnych następował przełom pod wpływem optochiny wcześniej; bardzo korzystnie działa optochina na podmiotowy stan chorych. Natomiast co do działania ubocznego nie okazała się optochina wcale tak niewinną, jak podawano w początkach jej stosowania. Pominąwszy dolegliwości słuchowe (2 przypadki) i częste wymioty (2 przypadki), spostrzegał Z. w jednym przypadku już po 0·5 optochiny zupełne zaniewidzenie, które wprawdzie obecnie, po 33 dniach, częściowo ustąpiło, jednakże pozostawiło jeszcze znaczne upośledzenie wzroku. r.

Moszkowski: **Zwalczanie krwawych stolców.** (Berl. kl. W. 1916, 5). W 13 przypadkach krwawych stolców, w których nie było czerwonki (nie wykryto swoistych prątków), natomiast wysoka gorączka, obrzęk śledziony i inne objawy przemawiały za paratyfusem, zastosował M. przeciw krwawym stolcom wysokie wlewania jelitowe zawiesiny jodoformu w gumie arabskiej (Rp. Jodoform 80., gummi arab. 100., aq. dest. 180.), wstrzykując ją zapomocą miękkiego zgłębnika żołądkowego, wsuniętego na 1/2 metra do kiszki, pod silnem parciem z małej strzykawki w ilości 40—50 cm³. Lawatywy oczyszczającej przed wlewaniem M. nie zaleca. Zawiesina pozostawała w kiszce 2—3 godzin. Po jednem do pięciu wlewań ustawało krwawienie, biegunka i parcie; raz tylko trzeba było zastosować 9 wlewań. Mimo bardzo wielkich dawek jodoformu (10—11 gr. na dzień) nie było objawów zatrucia. r.

Stephan: **W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej rozpylaniem leków przez bronchoskop.** (Deut. m. W. 1916, 4). S. stosował rozpylania (spray) 5—10 gr. 0·5% do 1% roztworu nowokainy z dodatkiem 5—10 kropel adrenaliny w 10 przypadkach dychawicy, w razie potrzeby usuwając przedtem śluz z oskrzeli zapomocą pompy ssącej, zastosowanej do bronchoskopu. Wyniki nie były wcale tak pomyślne, jak podają inni autorowie. W jednym przypadku nie było wcale skutku, w 2 wynik nieznaczny, w 6 przerwały się napady dychawicy tylko na 2—12 tygodni, a tylko w jednym na 9 miesięcy. Niemniej nie należy zaniedbać i takiego leczenia, jeśli inne sposoby nie odniosły skutku. r.

Doc. Bacmeister i doc. Küpferle: **O leczeniu gruźlicy płuc promieniami Röntgena.** (Deuts. m. W. 1916, 4). W dwu artykułach zdają B. i K. sprawę z prób leczenia gruźlicy przez rentgenizacyę, podjętych u zwierząt i u ludzi. Twarde filtrowane promienie mogą, jak się okazało, wyleczyć gruźlicę płuc, doświadczalnie wywołaną u królików; działają one na tkankę gruźliczą, wywołując jej zbliznowacenie, nie działają zaś na same prątki. Dawka promieni musi być dobrana (optimum); zbyt małe dawki w długich przerwach nie działają, zbyt duże uszkadzają zdrowe części płuc. Działanie lecznicze odpowiednich dawek stwierdzono u zwierząt zarówno w gruźlicy krwiopochodnej, jak i aspiracyjnej. Promienie lampy kwarcowej nie mają wpływu na gruźlicę. — Na zasadzie wyników doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, podjął B. próby leczenia gruźlicy płuc u 44 chorych; wyniki pomyślne osiągnięto u 19 chorych w I okresie (Turbanowskim) i u 14 chorych w II okresie; u 11 chorych w III okresie nie osiągnięto żadnego skutku. Najlepsze wyniki dawało leczenie połączone zapomocą promieni Röntgena i lampy kwarcowej. Z 20 przypadków gruźlicy niepostępującej w 9 osiągnięto zdolność do pracy; polepszenie osiągnięto w 10 przypadkach gruźlicy przewlekle postępującej, częścią w takich, które były leczone poprzednio sanatoryalnie 5—14 miesięcy bez skutku. r.

Fränkel i Fürer: **Studya krytyczne nad doświadczalnem leczeniem nowotworów złośliwych.** (Część V). (Wiener kl. W. 1911, 11). W długim szeregu doświadczeń na zwierzętach z nowotworami sztucznie zaszczepionymi, próbowali F. i F. w końcu środków, mających wybitną własność niszczenia komórek, a więc przedewszystkiem licznych związków z grupy saponinowej, dalej z grupy aminów i hydrazynów (m. i. toluylendiaminy i tiosinaminy); następnie stosowali związki kwasu szczawiowego i cytrynowego. Ale i te doświadczenia, jak wszystkie dawniejsze, dały wyniki ujemne. Wprawdzie powiodło się stwierdzić, że istnieją związki, które wybitnie niszcząco wpływają na komórki, nietylko miejscowo, ale nawet zastosowane w innej okolicy ustroju (działanie z odległości), jednakże żaden z tych środków nie ma względem komórek nowotworu działania swoistego; działanie ich na te komórki nie różni się w zasadzie od działania na komórki tkanek prawidłowych i nie da się zastosować wybiórczo. Wynik ten nader licznych i żmudnych doświadczeń obala zarazem wszystkie teorye, jakie stworzono celem wytyczenia kierunku dla prób chemoterapii nowotworów. r.

Simmonds: **Chera przysadkowa.** (Deut. m. W. 1916, 7). W trzech przypadkach postępującej, ostatecznie śmiercią zakończonej chery, której pochodzenie klinicznie nie dało się wyjaśnić, stwierdził S. przy sekcyi jako jedyną zmianę zupełne zniszczenie przysadki mózgowej, a to dwa razy przez nowotwór, raz wskutek zatoru i martwicy. Wobec tego przyjmuje S. odrębną postać chorobową: »Cachexia hypophyseopriva« i proponuje, aby w takich przypadkach próbować leczenia przetworami przysadki. r.

Pedyatrya.

Brudziński: **O nowej postaci objawu karkowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych u dzieci: objaw karkowy na kończynach górnych.** (Gazeta lek. 1916, 16). Odkryty przez B. w r. 1909 objaw karkowy (przyjęty już obecnie w całej Europie pod nazwą objawu Brudzińskiego; przyp. sprawozdawcy) polega na tem, że bierne zgięcie karku wywołuje u dzieci, dotkniętych zapaleniem opon, przykurczenie obu kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych z jednoczesnem odwiedzeniem kończyn. Objaw ten jest bardzo częsty, i stąd ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Obecnie spostrzegł B., że zginanie karku wywołuje w niektórych przypadkach zapalenia opon przykurczenie nietylko kończyn dolnych, ale i górnych, mianowicie ręce zginają się w stawach łokciowych i unoszą ku górze. I ten objaw nie jest odruchem obronnym z powodu bolu, lecz takimsamym niezależnym od bolu odruchem, jak objaw karkowy na kończynach dolnych. Badając objaw karkowy na kończynach górnych, należy stanąć po prawej stronie chorego, prawą ręką przytrzymać tułów, kładąc ją na klatce piersiowej tak, aby ręka prawa chorego była na ręce badającego, (a nie pod nią), lewą zaś ręką zgiąć dość mocno głowę chorego ku przodowi. Objaw karkowy na kończynach górnych stwierdził B. dotąd w 35 przypadkach równolegle z odruchem na kończynach dolnych, bez tego odruchu w 7 przypadkach; tylko na kończynach dolnych bez objawu na kończynach górnych znalazł B. odruch w 2 przypadkach. Z owych 35 przypadków było w 22 zapalenie opon gruźlicze, w 6 podrażnienie opon w chorobach ostrych (zapalenie płuc, dur brzuszny), w 4 ropne, a w 3 surowicze zapalenie opon. Wartość objawu karkowego na kończynach górnych idzie w parze z wartością takiegoż objawu na kończynach dolnych. r.

Brudziński: **O nowych objawach podrażnienia i zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci: a) o objawie policzkowym, b) o objawie spojenia łonowego.** (Gaz. lek.

1916, 15). Wykryte przez B. nowe objawy podrażnienia i zapalenia opon występują dość równolegle, a dopełniają się wzajemnie, dotycząc kończyn górnych i dolnych. Objaw policzkowy polega na tem, że ucisk obustronny na policzki tuż pod kością jarzmową wywołuje szybkie odruchowe uniesienie obu kończyn górnych ku górze, ze zgięciem w stawach łokciowych. Przy badaniu stanąć należy z lewej strony chorego twarzą do jego nóg, a ucisk na policzki wykonywa się rozstawionymi palcami, wielkim i wskazującym, ręki prawej. Objaw spojenia łonowego polega zaś na tem, że ucisk (palcem wielkim i wskazującym) na spojenie łonowe wywołuje przykurczenie obu kończyn dolnych. Co do objawu policzkowego badał B. dotąd 254 dzieci; wynik dodatni otrzymał w 90 przypadkach, z tego w 21 takich przypadkach, w których nie było innych objawów podrażnienia opon mózgowych. Z 85 dzieci, dotkniętych zapaleniem lub podrażnieniem opon, wystąpił objaw policzkowy u 69, brakowało go w 16 przypadkach. Wszystkie 21 przypadków, w których objaw policzkowy wykryto, a nie było innych objawów podrażnienia opon, dotyczyły dzieci dotkniętych gruźlicą. U dzieci zdrowych i dotkniętych innemi chorobami poza zapaleniem lub podrażnieniem opon i poza pewną kategoryą chorych na gruźlicę, — nie było nigdy objawu policzkowego. Wnosząc stąd, przypisać należy objawowi policzkowemu znaczną wartość rozpoznawczą dla zapalenia i podrażnienia opon u dzieci, dotkniętych gruźlicą. — Objaw spojenia łonowego badał B. dotąd u 70 dzieci; z tych 21 było chorych na gruźlicę zapalenie opon i u wszystkich 21 wynik badania był dodatni. r.

Prof. R. Kraus: **Nowy sposób leczenia krztuśca.** (Deut. m. W. 1916, 10). Kraus próbował leczyć krztusiec zapomocą białka, zawartego w plwocinie chorych na krztusiec, a to opierając się na spostrzeżeniu, że substancye białkowate nawet nieswoiste wywierają przy wstrzyknięciu podskórnem pewien wpływ korzystny na przebieg różnych chorób zakaźnych. Sprawdziwszy, czy plwocina nie zawiera prątków gruźliczych, przemywa się ją, miesza z eterem i wstrząsa tę mieszaninę przez 3—4 dni w przyrządzie do kłócenia cieczy. Po odparowaniu eteru i sprawdzeniu (zapomocą hodowli i doświadczeń na zwierzęciu), czy pozostałość jest jałowa, zbiera się ją do flaszeczek. Płyn ten wstrzykuje się chorym podskórnie po 1—3 cm³ w odstępach 2—3 dniowych. Próby, podjęte u 50 dzieci, chorych na krztusiec, w szpitalach w Buenos-Ayres, dały wyniki wogóle zachęcające. Środek okazał się nieszkodliwym (tylko kilka razy zauważono bolesność w miejscu wstrzyknięcia i przelotną gorączkę), napady krztuścowe zmniejszały się co do częstości i nasilenia, wymioty ustawały, kaszel często już w 10—14 dni zupełnie ustawał. (Coprawda, zupełnie tosamo pisano już o niezliczonych środkach »przeciwkrztuścowych«, dotychczas podawanych. Przyp. sprawozd.). r.

Prof. Langstein: **Patologia i leczenie drgawek w wieku dziecięcym.** (Zeit. f. ärztl. Fortbildung Nr 11, 1914). Minęły już czasy, kiedy ząbkowanie albo robaki uważano za przyczynę drgawek w wieku dziecięcym. Skłonność do kurczów (spasmophilia) odgrywa tu doniosłą rolę. Ta skłonność do drgawek może być ukrytą lub jawną. Lekarz powinien rozpoznać tak jedną, jak i drugą, ażeby zastosować w porę odpowiednie leczenie. Oprócz usposobienia, przyczyną drgawek w wieku dziecięcym bywa również przymiot dziedziczny, wodogłowie, padaczka rodzima. Drgawki na tle usposobienia (spasmofilii) mają następujące właściwości. Występują w drugiej połowie pierwszego roku życia, bardzo rzadko zjawiają się przed piątym i szóstym miesiącem życia. Dalej występują one tylko u dzieci sztucznie karmionych. Jeżeli u dziecka karmionego piersią wystąpią drgawki, to przyczyna ich leży gdzieindziej, a nie w usposobieniu do kurczów. Charakterystyczne dla drgawek tego rodzaju są: Objaw Chvostka: przy uderzeniu w policzek drgają mięśnie, unerwione przez n. twarzowy; objaw Lusta: przy uderzaniu w mięsień strzałkowy poniżej główki kości strzałkowej następuje grzbietowe zginanie i odprowadzenie stopy. Objaw Erba, polegający na wzmożonej pobudliwości elektrycznej układu nerwowego, w praktyce ambulatoryjnej niema zastosowania. Poza tem o skłonności do kurczów świadczą poszczególne drgawki, np. mięśni ocznych, w zakresie nerwu okoruchowego, bloczkowego, twarzowego, odwodzącego, drgawki przepony. Spotykamy drgawki tego rodzaju u dzieci przedwcześnie urodzonych. Objaw ten nazywamy »petit mal« skłonności do kurczów (Phänomen petit mal der Spasmophilie). O objawach tych powinien lekarz wiedzieć, nietylko dlatego, ażeby módz uspokoić matkę co do nich, ale i z tego względu, że częściowe drgawki mięśni twarzy, powtarzając się często, uniemożliwiają oseskom ssanie. Drgawki w 2., 3. i 4. miesiącu życia mają podłoże w organicznych zmianach mózgu, w padaczce, w przymiocie dziedzicznym. U oseskow przedwcześnie urodzonych drgawki w tych pierwszych miesiącach życia pochodzą często z usposobienia do drgawek. Najlepiej się o tem przekonać, zastępując u oseska przedwcześnie urodzonego sztuczne odżywianie piersią matki; jeżeli przy tej zamianie drgawki ustąpią, to drgawki te pochodziły z usposobienia do drgawek (spasmophilia).

Istota usposobienia do kurczów nie jest jeszcze dokładnie znana pomimo przeprowadzonych badań klinicznych i laboratoryjnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że skłonność do kurczów wywołać mogą anatomo-patologiczne zmiany gruczołów przytarczycznych (Epithelkörperchen), jak również zaburzenia w przemianie wapnia, polegające na wzmożonem wydzielaniu się wapnia z ustroju.

Leczenie drgawek polega na zastosowaniu odpowiedniej dyety i środków farmaceutycznych. Przy usposobieniu do drgawek odżywianie naturalne zapomocą piersi matki jest idealnym środkiem leczniczym. Postępujemy przytem w sposób następujący. Dziecku sztucznie karmionemu podajemy kalomel celem oczyszczenia jelit. Następnie w przeciągu 12 godzin podajemy dziecku herbatę i przystawiamy dziecko do piersi matki lub mamki. Jeżeli dziecko ma rok lub więcej, kiedy dziecka przystawiać do piersi nie możemy, stosujemy przez osiem dni dyetę mączną, następnie przez dwa dni podajemy wyłącznie herbatkę. Mączki stosujemy jedynie węglowodanowe, nie dodając mleka. Następnie zaczynamy ostrożnie podawać mleko, przechodząc stopniowo do dyety, właściwej wiekowi dziecka i ograniczając ilość mleka aż poniżej $^3/_4$ litra; za to podajemy sporo jarzyn i soków owocowych. Wśród środków farmaceutycznych należy na pierwszem miejscu postawić wodan chloralowy w dawce 0·5 jednorazowo w lawatywie. Lawatywę tę można dać dwukrotnie w ciągu dnia. Dobre wyniki daje fosfor z tranem w rozczynie 0·02 na 200, tranu, 3—4 łyżeczek kawowych dziennie. Najnowszym postępem w lecznictwie jest stosowanie soli wapniowych. Kombinacya bromku wapnia (calcium bromatum) z fosforem i tranem daje doskonałe wyniki. Początkowo należy podawać bromek wapnia w dawce 1—2 g. dziennie i dawkę tę stosować przez 1—2 tygodni. Tosamo leczenie należy stosować przy kurczu głośni (laryngospasmus). Drgawki obejmują nietylko mięśnie prążkowane, ale i gładkie. Na tle usposobienia do kurczów nastąpić może zatrzymanie moczu wskutek skurczu zwieracza pęcherza, może nastąpić zaparcie stolca wskutek skurczu mięśni gładkich jelit. Na tem samem tle mogą wystąpić ciężkie przypadłości ze strony serca w postaci nieregularnego lub zwolnionego tętna, w postaci objawów podobnych do dusznicy bolesnej. Nie powinniśmy o tem zapominać, gdyż zaburzenia sercowe na tem tle mogą wywołać nagłą śmierć dziecka. Wspomniane leczenie obowiązuje tak przy kurczach mięśni poprzecznie prążkowanych, jak i gładkich.

Drgawki padaczkowe mogą mieć swoje źródło w padaczce rodzimej, przy której nie znajdujemy żadnych zmian anatomicznych w mózgu, albo mogą one być objawem przymiotu dziedzicznego wskutek zmian ścian małych naczyń na tle przymiotowem, albo objawem wodogłowia, albo guza mózgu, albo stwardnienia guzowatego (sclerosis tuberosa). W rozpoznaniu rozstrzygać będzie badanie dna oka, odczyn Wassermana, wywiady. Znaczenie uszkodzeń podczas porodu dla powstawania padaczki u dzieci jest przecenione. Uszkodzenie podczas porodu może być przyczyną padaczki jedynie wtedy, jeżeli mózg dziecka był niedostatecznie rozwinięty, lub jeśli budowa anatomiczna mózgu była nieprawidłowa. Padaczka w wieku dziecięcym ma przebieg charakterystyczny. Dziecko w pierwszym roku życia przebywa drgawki, następne drgawki mogą wystąpić dopiero w 6. lub 7. roku życia, a potem znowu dopiero po upływie wielu miesięcy i tygodni wystąpić mogą drgawki. Jest to t. zw. padaczka przerywana. Drgawki w tej postaci padaczki występują w wieku szkolnym i w wieku dojrzewania płciowego. Dzieci, które miały jako oseski tylko jeden lub dwa napady drgawek, mogą znowu dostać drgawek aż w 6. lub 7. roku życia, a następnie w 12. i 13 roku życia. W okresach życia bez drgawek mają one skłonności psychopatyczne lab neuropeutyczne. Ta postać padaczki dziecięcej jest najważniejsza. Padaczka może przebiegać i pod formą stałą. Stała padaczka różni się od histeryi tem, że jej towarzyszą zamroczenia (petit mal), następnie drgawki przy stałej padaczce są krótkotrwałe. Lęk nocny (pavor nocturnus) niema nic wspólnego z padaczką.

Drgawki pochodzenia padaczkowego leczymy bromem. Przedtem jednak poddajemy badaniu dno oka i krew, ażeby się przekonać, czy nie należy zastosować leczenia swoistego. Stosujemy w padaczce dyetę, zawierającą mało białka, z nieznaczną

zawartością soli, przeważnie jarską. Bromu podajemy dzieciom 3—7 gramów dziennie, mieszając bromki potasu, sodu i amonu. Leczenie takie prowadzić należy latami. W leczeniu tem ostatnimi czasy powstały dwie odmiany: Pierwszą odmianą jest leczenie bromowo-makowcowe, polegające na tem, że dzieciom 6—10-letnim podajemy 3 cg. makowca dziennie i dawkę tę co tydzień podwyższamy o 3 cg., dochodząc do 3 dcg. dziennie. Po pięciu tygodniach przerywamy podawanie makowca i w przeciągu tygodnia podajemy duże dawki bromu (5 g.). Podczas tego leczenia może nastąpić pogorszenie, ale po skończonem leczeniu następuje długotrwała poprawa. Druga odmiana jest to leczenie zapomocą sedobrolu. Dwugramowa pastylka sedobrolowa zawiera 1·1 g. bromku sodowego, małe ilości soli kuchennej, białko roślinne, tłuszcz i t. d. 2—3 pastylki z 3—4 dcl. ciepłej wody dają smaczną polewkę z małą ilością soli. Sedobrol ułatwia znacznie stosowanie dyety o małej zawartości soli. Stosownie do okoliczności stosujemy 10—20 gr. sedobrolu. Nie jest jednak rzeczą obojętną pozbawiać ustrój przez czas dłuższy soli kuchennej. Dlatego też w każdym poszczególnym przypadku trzeba zbadać, do jakiego stopnia można ograniczyć podawanie soli, podobnie jak u chorych na cukrzycę badamy, do jakiego stopnia asymilują oni węglowodany. Dlatego też chorych na padaczkę należy początkowo leczyć w zakładach i sanatoryach, gdzie badanie łatwiej przeprowadzić, niż w domu prywatnym. Tadeusz Kon.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Pellidol i azodolen stosował F. Fischer (Dermatol. Zentralbl. Nr 8) w leczeniu wrzodów goleni. Pellidol działa najszybciej przy wrzodach powierzchownych; zaleca się stosować go z kokainą, anestezyną lub cykloformem na wrzody bolesne. Najlepiej stosować go w postaci maści 2–5%. Azodolenu radzi F. używać tylko przy wrzodach niebolesnych w razie potrzeby odkażenia lub pobudzenia ziarnkowania, najlepiej w postaci proszku pod opatrunkiem z opaski (nie z plastra, bo wtedy brzegi wrzodu ulegają maceracyi), który należy zmieniać co najmniej co 4 dni. W okulistyce stosował pellidol Dutoit (Graefe's Archiv 1914. Z. 1) z pomyślnym skutkiem w rozmaitych postaciach zapaleń rogówki, oraz w przypadkach urazowych jej uszkodzeń. Kl.

Bromural zaleca Baur (Zts. d. deutsch. Touring-Club. V. 1914) przeciw bezsenności, niekiedy występującej w górach, oraz jako środek uspokajający po wysiłkach fizycznych (turystyka). Zażywany w dawce 0·3 do 0·9 (1 do 3 kołaczyków) na ½ godziny przed udaniem się na spoczynek 2 razy tygodniowo, działał bromural dobrze, a nie wywierał żadnych skutków ubocznych. Kn.

Sennax jako środek przeczyszczający zaleca Klein (Medico, 1914, 19). Sennax wywołuje wypróżnienie po 5—6 godzinach. W handlu znajduje się w kołaczykach po 0·3. Kn.

Papawerynę próbował stosować w położnictwie prof. J. Halban (Oesterr. Aerzte-Ztg. 1914, 9). Środek ten okazał się skutecznym lekiem zapobiegawczym przy grożących poronieniach w dawce 0·05 dwa razy dziennie w postaci czopków stolcowych, lub 0·005 dwa razy dziennie podskórnie albo śródmięśniowo. Również działa papaweryna kojąco w niepowściągłych wymiotach u ciężarnych, jednakże z wyjątkiem postaci ciężkich. Kn.

Narkofinę stosuje Hirsch (Deutsche med. Woch. 1914. Nr 14) ze wszystkich tych wskazań, jak morfinę, którą narkofina przewyższa tem, że działa dłużej i że ją chorzy lepiej znoszą. Hirsch jest zwolennikiem dawek większych; przy bardzo silnych bolach (kolki nerkowe i wątrobne) stosuje 0·045 do 0·06 (1½ do 2 ampułek 3% rozczynu) narkofiny. Bh.

W sprawie rokowania przy uśpieniu zaleca Stange (Berl. klin. Woch. 1914. 14) celem badania stanu serca przed uśpieniem, choremu kazać zatrzymać oddech. Człowiek ze zdrowem sercem może łatwo zatrzymać oddech 30—40 sekund, zaś chory na serce zaledwo 10—20 sekund. Wtedy lepiej unikać uśpienia ogólnego. K.

Pantopon zachwala Stadion (Ther. d. Geg. 1913 lipiec) w dychawicy oskrzelowej. Wskrzyknięcie podskórne szybko przerywa napad, nie wywołuje wymiotów, ani bolów głowy, jak n. p. morfina. Przez używanie dłuższe pantoponu przy dychawicy można albo zupełnie usunąć napady albo też odwlec je na długi czas. Również i przy leczeniu ciężkich wymiotów w chorobach żołądka osiągnął autor z pomocą pantoponu dobre wyniki. N.

Codeonal według Benninga (Berl. kl. Woch. 1913. 29) wywiera wpływ uspokajający, nie jest szkodliwy; działa prawie zawsze lepiej u kobiet, niż u mężczyzn; przyzwyczajenia do tego leku nie zauważa się. N.

Tannismut według Petriny (Ther. d. Geg. 1913, lipiec) działa jako garbnikan bizmutowy (bismuthum bitannicum), przedstawia jeszcze tę korzyść, że rozpadając się w przewodzie pokarmowym na swe składniki, z których najważniejszym jest garbnik, wywiera działanie powolne i równomierne nawet w samym dolnym odcinku jelita. Stosuje się go w ostrych, podostrych i przewlekłych nieżytach jelita grubego z pomyślnym wynikiem. Szkodliwego ubocznego działania ani też zaparcia stolca nie zauważa się nawet po dużych dawkach. Dawki: 3—5 razy dziennie po 0·50 gr. N.

Wstrzykiwaniami wrzącej wody do gruczołu tarczowego leczy Porter (Journ. of Americ. med. Assoc. 1913, lipiec) chorobę Basedowa. Podaje on wyniki lecznicze w 20 przypadkach tej choroby: z tych 4 przypadki ciężkie zostały zupełnie wyleczone, w 13 nastąpiła bardzo znaczna poprawa, a w 3 tylko zwolnienie tętna. Wstrzykiwania nie wywołują żadnych nieprzyjemnych lub szkodliwych następstw. Autor radzi stosować to leczenie w przypadkach, które nie mogą być operowane. N.

Przetwory przysadki mózgowej należy według Popielskiego (Berl. kl. Woch. 1913, 24) z punktu widzenia leczniczego podzielić na dwie grupy: jedne, jak pituitryna i pituglandol, podnoszą ciśnienie krwi, drugie, t. j. hypofizyna, obniżają je. Hypofizyna jest identyczna z wasodilatyną, która znajduje się we wszystkich narządach, pituitryna zaś z wasohypertenzyną, którą stwierdza się w grasicy, śliniankach, trzustce i mózgu. N.

Odczyn barwny ciał białkowych podaje Lewin (Med. Klin. 1913. 28). Rozpuszczone białko jaja, białko surowicze, sernik, pepton, nukleoproteidy, papaina, oraz inne ciałka białkowe dają po dodaniu rozczynu triformoksynonu ($H_2C:NOH_3$) w surowym kwasie siarkowym (0·1—0·15:100) zabarwienie pięknie fioletowe, długo się utrzymujące. Odczyn jest bardzo czuły; jeszcze 0·02% rozczyn białka, a nawet ślady białka, zawarte w ślinie ludzkiej, dają się wykryć zapomocą tego odczynu. N.

Wykrycie jodu w moczu. Jolles (Berl. kl. Woch. 1913. 41) poleca następującą metodę: 10 cm^3 moczu miesza się z 10 cm^3 zgęszczonego kwasu solnego, dodaje się 2 cm^3 10% rozczynu siarkanu miedzi oraz 2 cm^3 chloroformu i wstrząsa; w razie obecności jodu chloroform barwi się fioletowo. Zabarwienie to możemy usunąć przez dodanie do chloroformu 2 cm^3 10% ługu sodowego. N.

Sanokalcin-tuberkulinę poleca do stosowania w gruźlicy Gamphausen (Zeitschr. f. Tbk. Bd XXI. H. 13). Przetwór ten składa się z tuberkuliny w związku z łatwo wessalną solą wapniową. Sanokalcin-tuberkulina znajduje się w handlu, w fiolkach po 0·01 cm^3. Dawka początkowa wynosi $^1/_{100}$ mgr. Środek ten nadaje się szczególnie do leczenia ambulatoryjnego i nie wywołuje wcale nieprzyjemnych objawów działania ubocznego. Domieszka soli wapniowej ma równocześnie zwiększać działanie lecznicze. N.

Balsamica (mentol i eukalyptol w olejku derycynusowym) wstrzykują śródmiąższowo (Berliner Med. Klin. 1913. 57) w celu leczenia gruźlicy; pierwsze 10 wstrzyknięć robią codziennie, dalsze co drugi dzień, a ostatnie 10 co trzeci. Wstrzykiwania są zupełnie bezbolesne. Działanie lecznicze objawia się wnet zmniejszeniem napadów kaszlu, poprawą apetytu, przybytkiem wagi i znikaniem potów nocnych; wykrztusanie staje się lżejsze, ilość plwociny zmniejsza się, a prątki gruźlicze znikają. N.

Sinkiem złota (Goldcyan) (Med. Klin. 1913. 46) w postaci dożylnych wlewań lub wstrzykiwań 1% rozczynu leczy Bruck chorych na toczniа. Działanie leku objawia się występowaniem odczynu miejscowego podobnie, jak przy leczeniu tuberkuliną. Na razie autor nie może mówić o wyleczeniach, tylko o polepszeniach. Dobrych wyników tego leczenia można spodziewać się wobec faktu, że stwierdzono niewątpliwy wpływ wybiorczy sinku złota na tkankę gruźliczą. N.

O alkoholu w chorobach zakaźnych pisze Ewald (Med. klin. 1913. 31) co następuje: 1) Alkohol w jakichkolwiekbądź dawkach nie daje się stosować w ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych jako środek przeciwgorączkowy, ani jako środek bakteryobójczy. 2) Stosowanie alkoholu w tych chorobach jako środka odżywczego lub oszczędzającego białko jest przy

jednorazowem podaniu bez pożytku, a przy dłuższem użyciu wprost szkodliwe. 3) W ciężkim zapadzie sercowym, czy to przyrody toksycznej, czy mechanicznej, czy spowodowanym przez utratę krwi, można stosować alkohol z korzyścią jako środek wzmacniający serce. 4) Jako lek podniecający łaknienie (stomachicum) jest alkohol w chorobach zakaźnych zbyteczny i można go zastąpić z większym skutkiem przez podawanie kwasu solnego z pepsyną lub odwarów środków gorzkich, jak condurango lub kory chinowej. 5) Przewlekłe choroby zakaźne, w pierwszym rzędzie gruźlicę płuc, leczy Ewald bez napojów alkoholowych.— Ogólnie biorąc, można obejść się bez stosowania alkoholu u chorych i w wyjątkowych tylko przypadkach może alkohol działać pomyślnie, co zresztą nie jest całkiem stanowczo stwierdzone. N.

Leczenie płonicy surowicą ozdrowieńców lub prawidłową znajduje coraz większe zastosowanie. Rowe (Med. Klin. 1913. 48) stosuje jedną lub drugą surowicę dożylnie w ilości 20—90 cm³; różnicy w działaniu jednej lub drugiej surowicy nie zdołał zauważyć. Oba rodzaje surowic, podane w 1. lub 2. dniu choroby, wpływały bardzo pomyślnie na przebieg choroby. Wnet po wstrzyknięciu następował przełomowy spadek ciepłoty, chorzy stawali się spokojniejsi i usypiali głębokim snem. W dobę po wstrzyknięciu znikała wysypka prawie bez śladu; gorączka nie pojawiała się, względnie dosięgała najwyżej 38°. Urobilina znikała z moczu; barwa malinowa języka i zmiany zapalne migdałków znikały dopiero po kilku dniach, wogóle na objawy ze strony gardła surowica mało wpływała. W poszczególnych przypadkach łuszczenia nie było i przy stosowaniu średnich dawek surowicy nie występowały objawy uboczne; tylko po dużych dawkach (70—100 cm³) spostrzegał autor kilkakrotnie dreszcze z podwyższeniem ciepłoty. W przeważnej liczbie przypadków wstrzykuje autor 40—45 cm² surowicy. O ile następnego dnia ciepłota miała skłonność do podnoszenia się, powtarzał autor wstrzyknięcie w ilości 20—40 cm³. N.

Pędzlowanie gardła jodyną zaleca Strauch (Ther. d. Geg. 1913. wrzesień) dla usuwania prątków błoniczych. Autor stosował ten zabieg u wielu chorych, u których w 7—8 dni po zupełnem zniknięciu nalotów jeszcze można było znaleźć prątki: trzykrotne już pędzlowanie wystarczyło, jak stwierdzały badania bakteryologiczne, by zniszczyć prątki błonicze w gardle i migdałkach. (Podobne spostrzeżenia poczyniło kilku kolegów w Krakowie w przypadkach, kontrolowanych przez Stacyę bakteryologiczną miejską. Przyp. red.). Autor sądzi, że pędzlowania te mogą skrócić znacznie czas odosobnienia chorego na błonicę, jakoteż usunąć niebezpieczeństwo, grożące ze strony roznosicieli zarazków. N.

Krztusiec leczy Ochsenius (Ther. d. Geg. 1913, listopad) systematycznemi pędzlowaniami gardła 2% rozczynem azotanu srebra, co drugi dzień stosowanemi; wynik spostrzegał znakomity: natężenie, jakoteż ilość napadów kaszlu zmniejsza się znacznie. Zupełne wyleczenie w kilku tygodniach osiąga się zdaniem autora tylko wtedy, gdy się stosuje pędzlowania wcześnie, t. j. gdy zakażenie ogranicza się do górnych dróg oddechowych. N.

Adrenalinę w krztuścu uważa Mulas (Gazz. degli osped. 1913. 124) za środek najpewniej działający; łagodzi ona natychmiast objawy i sprowadza wyleczenie w krótkim czasie. Mulas stosował przetwór Parke Davisa w rozcieńczeniu 1:1000 rozczynu fizyologicznego soli. Dzieciom w pierwszym roku życia daje się co 3 godziny po 1 kropli, dzieciom 2-, 3-, i 4-letnim daje się 2, 3, 4 krople co 3 godziny. Autor wierzy w swoiste działanie adrenaliny w krztuścu. N.

Opagen, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, stosował Prof. dr Sołowij na swym oddziale w ciągu 2 lat ostatnich wielokrotnie (przeszło 100 razy). Wstrzyknięcia podskórne opagenu przed rozpoczęciem narkozy, tudzież w celu uśmierzenia bolu po operacyach dawały zawsze jak najlepszy wynik, przyczem nie zauważono nigdy żadnego niemiłego ubocznego działania. Prof. Sołowij wyraża przekonanie, że w opagenie zyskaliśmy pewny i dobry przetwór.

Ovarid, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, stosował Prof. dr Sołowij z dobrym skutkiem w licznych przypadkach, w których było konieczne usunąć obydwa jajniki. Przetwór ten zdaniem Prof. Sołowija nie ustępuje w niczem analogicznym wyrobom obcego pochodzenia.

Kola ziarniste (granulae), wyrabiane przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował doc. dr Orzechowski na oddziale neurologicznym szpitala powszechnego i wyniósł wrażenie, że przetwór ten ma działanie, jakiego się od tego przetworu wymaga, a że nadto sposób podania w ziarenkach słodkich jest przyjemny dla smaku, sądzi przeto, że przetwór ten stoi na równi z zagranicznymi n. p. Kola Astier.

Strofantus z fabryki Laokoon we Lwowie, podawał Voit na oddziale prof. Wiczkowskiego w przypadkach niedomogi sercowej, wynikłej tylko z powodu zmian degeneracyjnych mięśnia sercowego, nie stosował go zaś przy wadach sercowych zastawkowych. Według spostrzeżeń Voita przetwór ten jest dzielnym środkiem sercowym, szczególnie tam, gdzie z działania naparstnicy z góry już nie można by się spodziewać wielkiego skutku.

Epirenal, przetwór organiczny z nadnercza, wyrabiany przez fabrykę Laokoon we Lwowie, stosował Voit, na oddziale prof. dr Wiczkowskiego we Lwowie, podskórnie przy zapadach i nagłym spadku ciśnienia krwi z bardzo dobrym wynikiem, a co najważniejsza, działanie występowało szybko po podaniu przetworu.

Novastesinę, wyrobu fabryki Laokoon we Lwowie, używaną w klinice chirurgicznej lwowskiej, zaleca prof. L. Rydygier do znieczulenia miejscowego nawet przy większych operacyach.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Protokoły posiedzeń od 4. IV. do 4 VII. 1914).

VI. posiedzenie (zwyczajne) w d. 4. IV. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 16 członków, 2 gości.

1. Uczczono przez powstanie pamięć ś. p. prof. J. Kosińskiego, członka honorowego Towarzystwa.

2. A. Majewski przedstawił chorego, u którego w skutek **zwężenia odźwiernika po wrzodzie okrągłym** żołądka dokonał zespolenia żołądkowojelitowego; przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W dyskusyi Dobrucki i Czarnecki poruszają głównie sprawę usypiania, oddając pierwszeństwo eterowi.

3. M. Arnsztajn przedstawił osobnika w wieku l. 24, żonatego od 2 lat; chory miewa prawidłowe stosunki płciowe, jest bezdzietny; sam zwrócił uwagę na **słaby rozwój jąder.** Chory wygląda bardzo młodo; zarostu brak, uwłosienie wzgórka łonowego kobiece, nadmierny dla mężczyzny rozwój sutków; jądra odpowiadają wielkości jąder dziecka w wieku lat 2—5; innych nieprawidłowości w rozwoju narządów płciowych niema; w nasieniu wkrótce po wytrysku znaleziono plemniki nieżywe (zupełna azoospermia).

4. W. Jasiński w uzupełnieniu pokazu chorego z zeszłego posiedzenia (ob. Przegląd lek. 1914, Nr 30, str. 488) odczytał streszczenie poglądowe p. t.: **O wrodzonem zboczeniu wzrostu chrząstek** (chondrodystrophia foetalis s. micromelia). Opierając się głównie na pracach Kassowitza i Brudzińskiego, kilku widzianych osobiście przypadkach (ogłoszonych w pracach Brudzińskiego i Rozenblatówny), oraz nowszych poglądach Stölznera, Moro, Cavazzani i in., omówił prelegent symptomatologię i patogenezę tego zboczenia. Prelegent podkreślił dobitnie różnice pomiędzy omawianem zboczeniem, a krzywicą, za którą teraz jeszcze zbyt często jest brane. Nawiązując do własnego przypadku, zwrócił prelegent uwagę na możność jednoczesnego występowania obu postaci, uznawaną przez Moro, a odrzucaną przez Hochsingera: w przypadku swoim, oprócz klasycznych objawów zboczenia w rozwoju chrząstek, stwierdził prelegent wklęśnięcia boczne klatki piersiowej, skrzywienia kręgosłupa, a z objawów klinicznych obfite poty. W zakończeniu przedstawił rentgenogramy, omawiane na poprzedniem posiedzeniu.

5. Omawiano sprawy gospodarcze (sprawę wynajmowania sali odczytowej), poczem przez balotowanie przyjęto w poczet członków Towarzystwa: Dr Wandę Erlichównę, Salomona Prussaka, Jana Skibińskiego, Henryka Tenenbauma i Konrada Tołwińskiego.

VII. Posiedzenie (zwyczajne) w d. 4. V. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 21 członków, 4 gości.

1. M. Gliński (z Nałęczowa) przedstawia 75-letniego mężczyznę, u którego 3 miesiące temu wystąpiły nagle objawy **aleksyi.** Chory doskonale pisze, sam i pod dyktando, dobrze

rachuje, grywa w karty, czytać zaś zupełnie nie może. Porażeń niema, siła wzroku $^2/_3$, hemianopsia dextra, dno oka prawidłowe. W moczu zmian niema. Przymiotu nie było. — Przypadek jest rzadki, gdyż zwykle aleksya łączy się z innemi zaburzeniami (mowy) lub niedowładami. — Wskutek miażdżycy nastąpił wylew prawdopodobnie w pasmie (fun. longitudin. inferior), łączącem płat czołowy ze skroniowym; niejakim zmianom ulec mógł przytem szlak wzrokowy.

2. Dr Zygmunt Askenazy (ze Lwowa) wygłosił odczyt p. t.: **Nowy pogląd na leczenie biochemiczne oraz leczenie nawykowego zaparcia stolca.** Prelegent mówił o izotonii, izosmozie i izojonii, — o płynach izo- hypo- i hypertonicznych; wskazywał na niebezpieczeństwo, jakie grozi ustrojowi wyczerpanemu, gdy otrzymuje płyn hypertoniczny i jak zmienić ten płyn na izotoniczny (płyn Ringera). — Co do zaparcia stolca poruszył prelegent sprawę skurczowego zaparcia oraz nieprawidłowości kątnicy (myastenia, coloptosis), wreszcie mówił o atonii i częściowych rozdęciach jelit.

3. Cz. Czerwiński odczytał część opracowanego wspólnie z Brzezińskim i Kiełczewskim **projektu kodeksu deontologii lekarskiej,** na wzór kodeksów, wydanych przez Warszawskie Towarzystwo lekarskie i Izbę lekarską w Galicyi. (Projekt ten miał być przedstawiony na II Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego).

VIII. Posiedzenie (nadzwyczajne) w d. 11. V. 1914.

1. Cz. Czerwiński odczytał dalsze rozdziały opracowanego przez komisyę projektu **kodeksu deontologii lekarskiej.**

2. Omówiono porządek dzienny jubileuszowego posiedzenia Towarzystwa lekarskiego, uchwalając odbyć je w przeddzień Zjazdu lekarzy (d. 30 maja); po posiedzeniu członkowie Towarzystwa przyjmą na wspólnej biesiadzie delegatów Towarzystw i instytucyi lekarskich, oraz wszystkich członków Zjazdu.

3. Wybrano komitet gospodarczy i sekretaryat Zjazdu.

IX. Posiedzenie jubileuszowe z powodu 40-lecia Towarzystwa lekarzy ziemi lubelskiej w d. 30. V 1914.

Obecni delegaci: Warszawskiego Towarzystwa naukowego, Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, komitetu I Zjazdu higienistów polskich, delegaci wszystkich Towarzystw lekarskich Królestwa Polskiego. oraz pism lekarskich: Przeglądu lekarskiego z Krakowa, Lwowskiego Tygodnika lekarskiego, Gazety lekarskiej, Medycyny i Kroniki lekarskiej, Zdrowia, Przeglądu pedyatrycznego i Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego z Warszawy; dalej obecni, jako goście, przybyli na II Zjazd w Lublinie, lekarze z Królestwa, Wołynia, Litwy i Ukrainy, wszyscy miejscowi i wielu zamiejscowych członków Towarzystwa (ogółem przeszło 200 osób).

Za stołem prezydyalnym zarząd Towarzystwa pod przewodnictwem S. Dobruckiego, sekretarz W. Jasiński.

1. Przewodniczący S. Dobrucki powitał zebranych, dziękując za udział w uroczystości Towarzystwa; następnie w krótkiem przemówieniu skreślił, jakim ideałom hołdowało Towarzystwo w ciągu 40 lat swego istnienia i nadal służyć zamierza.

2. Sekretarz W. Jasiński odczytał nazwiska członków honorowych, mianowanych przez Towarzystwo w roku jubileuszowym, a mianowicie: z Paryża prof. J. Babińskiego i prof. B. Motza, z Genewy prof. J. Laskowskiego, z Petersburga prof. J. Ziemackiego i prof. K Noiszewskiego, z Poznania Dr Fr. Chłapowskiego i red. Dr S. Łazarewicza, z Torunia Dr L. Szumana, z Krakowa prof. S. Ciechanowskiego, prof. M. L. Jakubowskiego, prof. K. Kostaneckiego, ze Lwowa prof. B. Dybowskiego, prof. A. Gluzińskiego, prof. A. Jurasza, z Warszawy Dr K. Chełchowskiego, Dr Wł. Gajkiewicza, Dr S. Goldflama, Dr W. Kamockiego, Dr Fr. Neugebauera, Dr J. Pawińskiego, Dr A. Puławskiego, Dr M. Rajchmana, Dr B. Sawickiego, Dr A. Sokołowskiego i Dr E. Zielińskiego, z Łodzi Dr S. Sterlinga, z Radomia Dr H. Fidlera, z Nałęczowa Dr W. Lasockiego, z Bychawy (z. lubelskiej) Dr J. Villaume'a. Każde nazwisko zebrani przyjmowali oklaskami.

3. Dr A. Jaworowski, członek honorowy i najstarszy z członków czynnych Towarzystwa, odczytał: **Zarys historyi Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w ciągu 40-lecia** (drukow. w Przegl. lek. Nr 24, 1914, str. 367).

4. Sekretarz zawiadamia, że na wniosek kol. Cz. Czerwińskiego opracowano i przyjęto **projekt kodeksu deontologii lekarskiej.** Projekt ten uchwalono wydrukować w Pamiętniku II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych, a odbitki rozesłać do Towarzystw lekarskich i poszczególnych lekarzy z prośbą o nadsyłanie uwag i poprawek. Po ponownem rozpatrzeniu projekt zostanie przedstawiony do zatwierdzenia następnemu Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych.

5. M. Arnsztajn odczytał pracę: **O ostrym zaniku żółtym wątroby w przebiegu ciąży.** Po wyczerpującem omówieniu etyologii, zmian anatomicznych, symptomatologii i przebiegu tego rzadkiego cierpienia, prelegent omówił szczegółowo 3 przypadki z praktyki własnej.

W dyskusyi a) T. Rakowski (z Radomia) zapytał o badanie pośmiertne, b) S. Sitkowski (z Radzynia) o badanie krwi co do barwików żółciowych; c) J. Jaworski (Warszawa) nakreślił obraz zatrucia ustroju podczas ciąży oraz t. zw. niedokrwistości złośliwej ciężarnych, opisanej przez Gusserowa; leucynę i tyrozynę znajdowano także w przypadkach niepowściągłych wymiotów u ciężarnych.

6. Przewodniczący, rozwiązując posiedzenie, zaprosił zebranych w imieniu członków Towarzystwa na wspólną biesiadę; ze względu na większą swobodę słowa do tej biesiady odłożono przemówienia delegatów, odczytanie depesz i t. p.

X Posiedzenie doroczne w d. 4. VII. 1914.

Przewodniczący: S. Dobrucki, sekretarz: W. Jasiński. — Obecnych 20 członków.

1. Odczytano protokół posiedzenia jubileuszowego oraz depesze, jakie nadeszły po 30. V. i podziękowania członków honorowych Towarzystwa, mianowanych w r. b.

2. S. Dobrucki przedstawia: a) 2 preparaty **pęcherzyków żółciowych;** na jednym z nich stwierdza puchlinę pęcherzyka (hydrops) — klinicznie przypadek ten zaznaczył się bardzo nieznaczną bolesnością i brakiem typowych objawów »kolki żółciowej«; b) zdjęcie rentgenowskie przypadku **zeszycia odłamków kości udowej** (sutura ossea fracturae femoris).

3. Cz. Czerwiński przedstawia: a) **włókniaka śródmiąższowego macicy** wielkości głowy noworodka i b) takiegoż **włókniaka** wielkości głowy dorosłego człowieka — obydwa uzyskane drogą amputacyi nadpochwowej; c) **wodniaka lewego jajowodu** oraz torbiel krwawą jajnika, d) **włókniaka** podśluzowego **macicy** wielkości cytryny, e) **rakowate zwyrodnienie śluzówki** trzonu macicy, f) preparat **ciąży** zewnątrzmacicznej, **jajowodowobrzusznej,** z płodem dwumiesięcznym.

4. Omawiano sprawę nadsyłania do urzędu lekarskiego (według schematu urzędowego) wykazów rozpoznań z praktyki prywatnej oraz obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych; podnoszono nieścisłość statystyk urzędowych i brak celowości w stosowaniu odkażania; mimo to nadsyłanie wiadomości o przypadkach chorób zakaźnych uznano za obowiązek lekarzy.

5. Sekretarz odczytał sprawozdanie roczne z działalności Towarzystwa w roku ubiegłym, skarbnik przedstawił stan kasy, a bibliotekarz zdał sprawę z ruchu książek i stanu księgozbiorów Towarzystwa (sprawozdanie roczne podane będzie osobno).

6. Do zarządu Towarzystwa na rok 1914/15 wybrano: na przewodniczącego S. Dobruckiego, na wiceprezesa A. Sochackiego (z Ireny), na sekretarza W. Jasińskiego, na skarbnika A. Staniszewskiego, na bibliotekarza K. Rotkela. Komisyę rewizyjną i biblioteczną utrzymano w poprzednim składzie.

W. Jasiński

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie 29. V. 1914.

Przewodniczący R. Ostrowski.

Uchwalono kolejne wygłaszanie referatów; każdy członek Towarzystwa obowiązany będzie przygotować dowolny odczyt. — W dyskusyi nad referatem kol. Balcerzaka »Lekarze, a instytucye asekuracyjne« brali udział: Stupnicki, Gołembiowski, Boguszewski, Lenart, Ostrowski, Pietrzykowski, Grotowski, Żurawski.

Posiedzenie 26. VI. 1914

Po załatwieniu spraw finansowej natury, kol. S. Boguszewski wygłosił referat: »Zalety lecznicze i zastosowanie antytoksyny dyfterytycznej«. — W dyskusyi brali udział: Balcerzak, Zaremba, Gołębiowski, Ostrowski, Pietrzykowski, Stefański, Czaki.

A. Pietrzykowski, sekretarz.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w dniu 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie

Sprawozdawca Dr W. Jasiński.

(Dokończenie; ob. »Przegl. lek.« z r. 1914).

V. posiedzenie Zjazdu (w poniedziałek 1. IV. o godz. 3 ej popoł).

Prezydyum: E. Wiszniewski (Siedlce), A. Wardyński (Ostrowiec), H. Fidler (Radom), sekretarze: Dziemski, Jankowski, K. Tołwiński.

Przewodniczący wnosi, aby wobec dużej ilości zgłoszonych odczytów, skrócić do 10 minut czas, przeznaczony na odczyty i do 3 minut dyskusyę; wniosek uchwalono.

H. Kaczyński (z Parczewa) wygłasza odczyt **»O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy«**. Prelegent zwraca uwagę, że lekarz z natury zawodu swego bardziej od innych naraża swe życie na niebezpieczeństwo, — tymczasem liczba lekarzy ubezpieczonych jest niewielka. Ubezpieczenie, oparte na zasadach wzajemności, gdzie składki mogłyby być znacznie niższe, odpowiadałoby najbardziej potrzebom lekarzy. K. stawia wniosek, aby wybrać z pośród członków Zjazdu komisyę, którąby wypracowała projekt wzajemnego ubezpieczenia lekarzy.

W dyskusyi J. Pełczyński (z Radomia) uznaje słuszność wywodów prelegenta, lecz stwierdza, że urzeczywistnienie projektu jest trudne, gdyż administracya przedstawiałaby zbyt wielkie sumy, a więc i zmniejszenie opłaty nie byłoby znaczne. Mówca radzi zwrócić się do znawcy spraw ubezpieczeniowych mec. Mayzla w Warszawie z zapytaniem, które z istniejących Towarzystw lekarskich mogłoby przy gromadnem ubezpieczeniu lekarzy dać najbardziej korzystne warunki ulgowe.

Następnie dr M. Zienkiewicz (z Ciechanowa) rozpoczął wykład p. n. **»Przyczynek do nauki o wtórnej niedokrwistości w chorobach zakaźnych«**. Wobec nowych zdobyczy nauki szczególnie w dziedzinie bakteryologii i nauki o zaczynach, pojęcie o samoistnej niedokrwistości staje się anachronizmem lub przynajmniej pojęciem zamierającem. Ponieważ niedokrwistość wtórna daje się stwierdzić w przebiegu wszystkich prawie zakażeń, rodzi się pytanie, czy jest ona tylko biernym wynikiem przyczyny, działającej w chorobie, czy też w niektórych przynajmniej przypadkach niedokrwistość jest czynną i celową reakcyą ustroju. Z pracy doświadczalnej, wykonanej przez autora w instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu na królikach, dał się ustalić fakt, że jeżeli po zakażeniu zwierząt (gronkowcami, a w pewnem stopniu i paciorkowcami, najgłówniej zaś laseczką zapalenia szpiku kostnego, opisaną przez Henkego, i gruźlicą), już w pierwszych dniach występowało znaczne zmniejszenie zawartości hemoglobiny, to przy następnych szczepieniach te same zwierzęta reagowały bardzo mało; przebieg choroby był wogóle u tych zwierząt łagodniejszy, a zmiany anatomiczne po zabiciu znacznie mniejsze, niż u zwierząt, które przy zakażeniu nie wykazywały tak znacznego zmniejszenia hemoglobiny. Niezależnie od wyżej przytoczonego, potwierdzono w badaniach znany ogólnie fakt, że małe a częste upusty krwi, potrzebne do badań i nie przewyższające $^1/_{1000}$ — $^1/_{500}$ wagi zwierzęcia, są dla niego conajmniej nieszkodliwe. Celowość wtórnych wczesnych niedokrwistości spostrzegał autor i w praktyce w kilku przypadkach, z których dwa bardziej pouczające (duru brzusznego i początkowego obrazu gruźlicy) przytoczył. Celowość ową tłumaczy autor nagromadzeniem w surowicy krwi in statu nascendi części składowych osnowy (stroma) ciałek czerwonych krwi, a przedewszystkiem lecytyny i ciał do niej zbliżonych; — owe związki fosforowe (phosphatides) in statu nascendi odznaczają się ruchliwością chemiczną i łączą ze szkodliwemi zasadami (muskaryna, guanina, hypoksantyna), wytwarzanemi w ilości zwiększonej przy wadliwej przemianie materyi — łącząc się zaś, czynią te zasady nieszkodliwemi. — Pozatem fosfatydy idą na odbudowanie rozpadających się leukocytów i służą prawdopodobnie do powstawania ciał z grupy kwasu nukleinowego, którego siła bakteryobójcza nie ulega wątpliwości.

Wnioski autora były następujące:

1) Niedokrwistość wtórna w początkowych okresach chorób zakaźnych zdaje się być niekiedy celową.

2) Wielokrotne a niewielkie upusty krwi, nie przewyższające $^1/_{1000}$ do $^1/_{100}$ wagi zwierzęcia, nie są szkodliwe, lecz mogą nawet być dla ustroju pożyteczne.

3) Obfite upusty krwi, wywołujące znaczny stopień niedokrwistości, są bezcelowe i szkodliwe.

4) Celowość wczesnej niedokrwistości wtórnej wytłumaczyć można nagromadzeniem w surowicy składników osnowy ciałek czerwonych krwi — w szczególności lecytyny — in statu nascendi.

5) Skuteczność toksyno- i wakcynoterapii zależy może właśnie od nagromadzenia in statu nascendi lecytyny, powstałej wskutek stopniowego rozpadu ciałek czerwonych pod wpływem umiarkowanego działania toksyn, wprowadzonych w celu leczniczym.

Wnioski powyższe pragnąłby autor sprawdzić w pracowniach i szpitalach, gdyż swój materyał dotychczasowy uważa za niedostateczny. Wobec tego, że prelegent nie skończył wykładu i nie odczytał wniosków, dyskusyi nie było. — J. Pełczyński (Radom) zapytuje w sprawie formalnej, czy nie lepiej wysłuchać kilku referatów całkowitych, niż większej ilości 10-minutowych; wobec głosowania w początku posiedzenia prezydyum uważa sprawę tę za przesądzoną i oddaje głos następnemu mowcy. — Dr St. Kelles-Krauz (z Radomia) odczytał początek pracy swej p. n. **»Klasyfikacya stanów limfatycznych u dzieci«**. Odczytana część pracy nie dawała pojęcia o całości i rozpraw nie wywołała. — Podobnież następny mówca Dr J. Puterman (z Sosnowca) odczytał zaledwie początek obszernej pracy: **»O skazie skurczowej dziecięcej«**; prelegent nie wyczerpał w ciągu 10 minut etyologii tej skazy, rozpraw nie było. — K. Okuszko (z Częstochowy) postawił wniosek przeznaczania na odczyty przewidzianych w regulaminie 20 minut — wniosek przyjęto.

Następnie dr L. Wiśniewski (z Jadowa), gub. Warszawska) odczytał pracę p. n. **»Dlaczego lud nasz dotąd za mało się leczy«**. Prelegent stwierdza, że jakkolwiek w ostatnich czasach lud wiejski coraz chętniej szuka racyonalnej pomocy lekarskiej, jednakże dotąd nie jest tak, jakby mogło być i powinno. Różne przyczyny składają się na to: najważniejszą, jest nizki stopień oświaty ludu. Chłop, mało rozwinięty umysłowo, za dużo żąda od medycyny: zdaje mu się, że na każdą chorobę powinno być skuteczne lekarstwo; zrażają go te wypadki, gdzie lecznictwo jest bezsilne i przez to często zaniedbuje takie choroby, w których lekarz dałby mu dobrą radę.

Drugą przyczyną niedostatecznego leczenia się ludu jest często niedostępna i zbyt droga pomoc lekarska, w stosunku bowiem do gęstości zaludnienia naszego kraju na prowincyi lekarzy jest za mało. Szczególnie jaskrawo to zjawisko występuje w przypadkach akuszeryjnych. W tem miejscu należy także wspomnieć o nikłej liczbie wyszkolonych akuszerek na wsi.

Trzecią przyczyną, która nam tłomaczy, dlaczego lud jeszcze za mało się leczy, jest wogóle brak z jego strony zaufania do inteligencyi. Choć ze zjawiskiem tem obecnie względnie nie tak często się spotykamy, jak dawniej, jednak lud jeszcze chętniej wierzy osobnikom, pochodzącym z jego sfery. Tu tkwi źródło powodzenia znachorów, felczerów, owczarzy i t. d.

Wreszcie faktem jest, że nie wszyscy lekarze na prowincyi stoją na wysokości swego zadania. Często lekarze prowincyonalni obchodzą się zbyt szorstko z wieśniakiem, zbyt dotkliwie dają mu uczuć jego niższość umysłową i za mało są dla niego wyrozumiali. Chłop szczególnie ceni łagodność i szczerość w obejściu z nim; łatwiej wtedy wybacza niefortunne wyniki leczenia.

Z drugiej zaś strony w fachowem wykształceniu lekarza trafiają się nieraz poważne braki.

W interesie ludu, a eo ipso w interesie całego naszego narodu, którego przyszłość jest w ścisłej zależności od obywatelskiego uświadomienia i od stanu kulturalnego i ekonomicznego warstw ludowych, lekarze powinni wszystkiemi siłami dążyć do usuwania przyczyn, które sprawiają, że chłop w niedostatecznej mierze zwalcza największe swoje zło — chorobę.

A zatem powinni, o ile im czas i uzdolnienie pozwoli, chwytać się wszelkiej pracy społecznej dla ludu, dopomagać do powstawania szkół, zachęcać kolegów młodszych z miasta do osiedlania się na prowincyi; popierać uczciwe i uzdolnione akuszerki; wyjednywać zapomogi dla nich tam, gdzie nie mają utrzymania; nakłaniać wieśniaczki do zaprzestania wzywania do porodów babek-samouczek; taktownem i nacechowanem szczerą życzliwością postępowaniem przełamywać brak zaufania ze strony chłopa do lekarza, jako inteligenta; przedewszystkiem zaś winni lekarze usilnie pracować nad uzupełnieniem braków w swojej wiedzy, aby mogli jak największej liczbie zgłaszających się chorych okazać rzetelną pomoc lekarską.

W dyskusyi zabiera głos J. Pełczyński (Radom), by przypomnieć, że omawiana przez prelegenta sprawa przedstawiona jest wyczerpująco w pracach I Zjazdu higienistów w Warszawie przez Biegańskiego, Harusewicza, Rutkowskiego i mówcę. P. proponuje tedy, by nie przedłużać dyskusyi na temat dostatecznie znany. — C. Czerwiński (Lublin) jest stanowczym

przeciwnikiem wykonywania drobnych ale bezwzględnie aseptycznych zabiegów (pochwowych) przez lekarza prowincyonalnego przy pomocy tylko akuszerki lub felczera, gdyż 1-o sam zabieg rzadko bywa dokonany naprawdę aseptycznie, 2-o warunki praktyki prowincyonalnej nie pozwalają lekarzowi otoczyć chorej dostateczną opieką, 3-o niektóre z wyliczonych przez prelegenta zabiegów są niewykonalne przy pomocy jednej tylko osoby (n. p. colporrhaphia lub amputatio colli uteri).

H. Duchâteau (z Opatowa) nie zgadza się z prelegentem, by braki lekarzy prowincyonalnych były powodem niedostatecznego korzystania ludu z pomocy lekarskiej — przyczyny szukać należy raczej w małej kulturze ludu.

S. Rechniowski (z Piotrkowa) wykluczyłby z operacyi, zaliczonych przez prelegenta do zakresu działalności lekarza prowincyonalnego, wyłuszczanie gruczołów chłonnych na szyi oraz przytoczone już przez Czerwińskiego operacye pochwowe.

St. Bachnicki (z Uściługa) nie dziwi się, że włościanie mało korzystają z pomocy lekarskiej, gdyż pomoc ta jest zbyt drogą: w »ziemstwach«, gdzie pomoc jest bezpłatna, na lekarza przypada 10-15 tysięcy chorych i lud zwraca się o pomoc przy lada zasłabnięciu. Wiara w siły nadprzyrodzone, fatalizm i t. p. jest istotnie bardzo rozpowszechniona i tu oświata dużo zdziałać może. Prowincya nie może jeszcze »wyżywić« lekarzy, dlatego rozsiani są oni zbyt rzadko — samorząd powinien (przez subsydya) umożliwić lekarzowi jego pobyt na prowincyi. — Prelegent (L. Wiśniewski) odpowiada, że wyłuszczanie gruczołów limfatycznych, o ile są dostępne i niezbyt liczne, wykonać może lekarz wiejski. Perineo- et colporrhaphia, ale pojedyncza (t. j. anterior lub posterior) należy stanowczo do rękoczynów, wykonywanych przez lekarza prowincyonalnego z pomocą tylko akuszerki i felczera. Wogóle starać się należy, by chłop w największej ilości przypadków otrzymał pomoc na miejscu, gdyż wtedy wzrasta zaufanie jego do lekarza. Lekarze miejscy, przyzwyczajeni do »komfortu aseptycznego«, nie mogą pojąć, jak na wsi mogą być wykonywane operacye aseptyczne, a jednak jest to możliwe, skoro tylko lekarz rozumie dobrze, na czem aseptyka polega. — Przewodniczący (E. Wiszniewski) wypowiada zdanie, że operacye — o ile można — powinny być wykonywane w szpitalach, a nie w domu u chorego.

Następny odczyt wygłosił dr S. Orgelbrand (z Kalisza): **»O schorzeniach tętnicy głównej, zależnych od przymiotu«**. W zwięzłym a jasnym wykładzie omówił prelegent umieszczone w nagłówku cierpienia, podkreślając błędy w rozpoznawaniu oraz doniosłe znaczenie właściwego rozpoznania we wczesnych okresach dla prawidłowego leczenia chorych. Wywody swe oparł mówca na przytoczeniu historyi chorób i ciekawych rentgenogramów. We wnioskach, stwierdzając nader częsty fakt nieznajomości lub niemożności rozpoznawania przez syfilidologów cierpień swoistych tętnicy głównej, przebiegających nieraz lata całe skrycie, prelegent określił jako postulat moralny, aby syfilidolog kierował chorych do internistów lub neurologów, którzy ze swej strony powinni częściej badać chorych promieniami Roentgena, a nadewszystko badać krew na odczyn Wassermana. Ażeby uprzystępnić to badanie szerszym kołom lekarzy, szczególniej prowincyonalnych, prelegent stawia wniosek, aby Zjazd zwrócił się do Tow. Naukowego w Warszawie z wezwaniem, by na podobieństwo instytucyi naukowych na Zachodzie Tow. Naukowe Warszawskie rozsyłało na żądanie lekarzom wyjałowione probówki, a przysłaną przez lekarza krew badało na odczyn Wassermana po cenie w razie potrzeby nizkiej lub nawet darmo, stosownie do uznania lekarza, który krew wysyła. Ułatwienie to stanowiłoby prawdziwy postęp lecznictwa naszego na prowincyi.

W dyskusyi I. Leyberg (z Łodzi) jest zdania, że prelegent zbyt kategorycznie uszczupla prawo syfilidologa do interwencyi w przypadkach późnego przymiotu narządów wewnętrznych. W przypadkach bowiem, gdzie próba Wassermanna wypada nawet ujemnie, a chory nic o przebytym przymiocie nie wspomina, nieraz pewne pozostałości na skórze lub błonie śluzowej wyjaśniają sprawę rozpoznania. L. spostrzegał niedawno chorego, leczonego przez internistę w ciągu 4 miesięcy wodą karlsbadzką z powodu uporczywej żółtaczki; chory miał ujemną próbę Wassermana, zaprzeczał przebycie kiły — typowa jednak blizna na goleni stwierdziła, że chory miał trzeciorzędne owrzodzenie; leczenie swoiste usunęło bardzo szybko uporczywą żółtaczkę.

Następnym prelegentem był dr Kaz. Okuszko (z Częstochowy) na temat: **»O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą«** (drukowane w Med. i Kron. lek. Nr 22. 1914).

W dyskusyi S. Sitkowski (z Radzynia) przypomina, że są postacie zapalenia płuc, które pomimo typowego początku kończą się pomyślnie bez interwencyi po 2—3 dniach choroby; w tych postaciach przy stosowaniu surowicy możnaby przypisać wynik niesłusznie jej działaniu. Naogół doświadczenia z surowicą Römera nie są zachęcające; surowica ta jest przytem bakteryolityczną i jako taka może być w działaniu niebezpieczną.

B. Dziemski (z Lublina) mówi przedewszystkiem ogólnie o działaniu surowic. Usiłowania czynione w kierunku zastąpienia objawowego leczenia chorób zakaźnych surowicami swoistemi dały wyniki rozmaite, zależnie od biologicznych własności bakteryi chorobotwórczych, przedewszystkiem zaś od tego, czy dany gatunek bakteryi wydziela jady rozpuszczalne, czy też ma jady związane z ciałami bakteryi (endotoksyny). Surowice zwierząt (przeważnie koni), uodpornionych jadami bakteryjnymi, czyli surowice antytoksyczne, posiadają znaczenie zarówno lecznicze, jak zapobiegawcze. W chorobach o charakterze toksycznym, jak n. p. błonica, tężec, czerwonka, wywołana przez prątki typu Shiga-Kruse, wprowadzenie do zakażonego ustroju gotowych swoistych przeciwjadów, które z maksymalną energią chemiczną dążą do połączenia się z jadami i zniweczenia tych ostatnich, jest najidealniejszą postawą leczenia.

Surowice, otrzymane od zwierząt, uodpornionych bakteryami, zwą się »bakteryobójczemi«, ponieważ zawierają bakteryolizyny, t. j. ciała rozpuszczające bakterye. Do rzędu bakteryobójczych należy surowica Römera. Właściwości antytoksycznych (ściślej antyendotoksycznych) surowica ta posiada niewiele; działanie jej polega na rozpuszczaniu pneumokoków przez zawarte w niej odpowiednie lizyny, przyczem następuje wyzwolenie endotoksyn z uległych rozpadowi ciał pneumokoków. Działanie surowicy może mieć przeto miejsce tylko wtedy, gdy zapalenie płuc wywołane jest pneumokokami; tymczasem wiadomo, że zapalenia płuc mają nader różnorodną etyologię (dwoinki Fränkla, prątki grypy, paciorkowce, las. dżumy, wreszcie meningokoki i las. duru); surowica powinna być zatem stosowana wyłącznie na zasadzie ścisłej analizy bakteryologicznej plwocin. Jako bakteryobójcza, surowica Römera może być stosowana tylko w początkowym okresie, kiedy zarazków jest niewiele, inaczej bowiem zagraża ustrojowi zatrucie masowo rozpuszczonymi jadami. — Przypadki nagłego pogorszenia stanu chorych (spadek ciśnienia, sinica, niemiarowe tętno) świadczą, że surowica Römera nie jest środkiem bezwzględnie nieszkodliwym, z drugiej zaś strony zmienny wogóle przebieg zapalenia płuc i dość częste przypadki poronne tej choroby nie pozwalają wczesnego przełomu kłaść bez zastrzeżeń na karb dodatniego działania surowicy. Cały szereg badaczy, a w tej liczbie Bianti, Pierracini, Pässler, Jürgens, Męsowicz, nie widzieli dodatniego wpływu surowicy na przebieg sprawy zapalnej w płucach. Ilość leukocytów po wstrzyknięciu surowicy Römera podług jednych badaczy zwiększa się, podług innych pozostaje bez zmiany, lub nawet zmniejsza się: stąd żadnych wniosków na korzyść surowicy Römera wyprowadzić niepodobna. Dodatni jakoby wpływ surowicy Römera — zmniejszenie ilości krwi w plwocinie chorych, nastąpi po zastosowaniu każdej surowicy, nawet normalnej końskiej. Zważywszy przeto, że surowica Römera, nie posiadając pewnego leczniczego działania, nie jest wolną od ubocznego działania, może powodować chorobę posurowiczą, a stosowana w późniejszych okresach zapalenia płuc działa na ustrój ujemnie, Dz. żąda, by lekarz w każdym przypadku przed wstrzyknięciem surowicy Römera za obowiązek uważał sobie bakteryologiczne badanie plwocin i po ustaleniu etyologii zastosował ewentualnie surowicę, lecz tylko w okresie początkowym.

Prelegent (K. Okuszko) odpowiada, że każdy przypadek, leczony surowicą, rozpatrywał krytycznie i omówił szczegółowo w swej pracy; zapoznał się uprzednio z wynikami, otrzymanymi przez różnych badaczy i sądzi, że miał moralne prawo stosowania surowicy u chorych, obserwowanych klinicznie (w szpitalu). Wyniki leczenia uważa stanowczo za dodatnie, surowica zmniejsza % śmiertelności. (Dokończenie nastąpi).

Z ŻAŁOBNEJ KARTY.

Wacław Mayzel.

»Nemo propheta in patria«. Te słowa, pełne gorzkiego wyrzutu, w Polsce zbyt często się sprawdzające, przychodzą pierwsze na myśl przy wspomnieniu nazwiska ś. p. Wacława Mayzla. Bo zmarły w końcu kwietnia w Warszawie Dr. Mayzel,

o którego ogromnej, europejskiej zasłudze naukowej mało kto pamiętał... u nas, to nie kto inny, jak odkrywca karyokinezy w komórkach zwierzęcych. Samo już to epokowe odkrycie, okrywające niezatartą chwałą polską naukę, wiodłoby do najwyższych stanowisk naukowych i byłoby tytułem do sławy i zaszczytów, gdyby go dokonał cudzoziemiec. Że nie było to dano ś. p. Mayzlowi, to nietylko skutek naszego położenia politycznego i warunków pracy, ale wina także nasza własna, wina społeczeństwa, które swoich ocenić należycie nie umie.

A przecież Wacław Mayzel był nietylko znakomitym uczonym, ale także działaczem, który sporo pracy poświęcił, by jak najlepiej służyć swemu społeczeństwu w zakresie bezpośrednich jego potrzeb. Pierwszego dowiódł swemi pracami czysto naukowemi, wśród których złotemi głoskami zapisała się w dziejach jego pierwsza publikacya: »O szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder«, ogłoszona w »Medycynie« w r. 1875 (Nr 45), za czem poszedł cały szereg rozpraw o podziale komórki, regeneracyi i t. d., ogłaszanych prócz polskiego, także w języku niemieckim, francuskim i rosyjskim i jednających autorowi niezwykłe uznanie najwybitniejszych uczonych zagranicznych. Drugiego dowiódł szeregiem prac z zakresu higieny, stosując w nich — jeden z pierwszych w Europie — zdobycze mikrobiologii, działalnością na polu popularyzacyi wiedzy, jak również wywalczaniem naszej nauce należnego uznania zagranicą zapomocą systematycznych sprawozdań, a wreszcie dbałością o wykształcenie młodzieży lekarskiej, dla której przełożył na polskie liczne podręczniki i dzieła obce (Lückego, Budgego, Pappenheima, Heitzmanna, Darwina, Schenka, Birch-Hirschfelda, a wspólnie z innymi Niemeyera, Emmerta, Cohnsteina).

Oby choć pamięć potomnych wdzięczniejszą się okazała dla tych zasług, niż była współczesność!

Wacław Mayzel pochodził z rodziny ziemiańskiej; urodził się w r. 1847 we wsi Kunowie, w powiecie opatowskim; ukończywszy liceum św. Anny w Krakowie, studyował medycynę w Szkole Głównej Warszawskiej (1865—1870). Już jako student zdobył sobie złoty medal Wydziału lekarskiego tej Szkoły za rozprawę konkursową p. t. »Poszukiwania nad powstawaniem ropy« (1869). Natychmiast po ukończeniu studyów uzyskał stanowisko asystenta przy katedrze histologii we wszechnicy warszawskiej, trwając na tej placówce przy boku prof. Hoyera sen. dopóty, dopóki rusyfikacya uniwersytetu nie usunęła i Hoyera z katedry i jego współpracowników z zakładu. Chociaż niewiele się poświęcał praktyce lekarskiej, zdobył sobie ś. p. Mayzel na tem polu znaczne uznanie i poważanie. r.

Teodor Boryssowicz.

Wkrótce po ś. p. Franciszku Neugebauerze traci Warszawa drugiego wybitnego ginekologa w osobie ś. p. Teodora Boryssowicza.

Ur. w r. 1843 w Trockiem na Litwie, przebył Boryssowicz szkoły średnie w Witebsku i Słucku i w r. 1862 zapisał się na Wydział matematyczny w Petersburgu. W r. 1863 przedziera się na Litwę do szeregów narodowych; popadłszy w niewolę, po półtorarocznem więzieniu zesłany do gubernii Permskiej. W r. 1867 odzyskuje wolność, osiada w Warszawie, ciężko walcząc o byt dawaniem lekcyi; na wszechnicę z powodu »nieprawomyślności« wstąpić mu nie wolno. Powiodło się to dopiero w r. 1868. Po ukończeniu studyów w r. 1873 pracuje jako lekarz choleryczny, potem jako asystent, a następnie ordynator Instytutu położniczego, oddając się całą duszą ginekologii, która właśnie poczęła się rozwijać na zachodzie Europy. Boryssowicz musiał kształcić się bez wzorów; był samoukiem, ale żelazną pracą i zdolnościami doszedł do świetnych wyników. Jemu też zawdzięcza Warszawa pierwszy zakład ginekologiczny i pierwszą pracownię do badań mikroskopowych, stanowiące ostoję ginekologii polskiej po rusyfikacyi uniwersytetu warszawskiego. Doskonały operator, wzbogacił technikę kilku nowemi metodami; w ruchu naukowym brał żywy udział, chociaż drukiem ogłosił prac niewiele.

Henryk Fidler.

Z Henrykiem Fidlerem schodzi do grobu piękny typ lekarza-obywatela, a zarazem wzór lekarza, który wśród ciężkiej praktyki prowincyonalnej nietylko nie zatracił łączności z nauką, ale umiał iść równym krokiem z jej postępami i własnych szukać dróg.

Ur. w Radomiu w r. 1861, tamże kończył gimnazyum, a po ukończeniu w r. 1885 uniwersytetu warszawskiego całe już życie poświęcił na usługi rodzinnego miasta. Chorym serdecznie oddany, do rozrzutności niemal szafował swymi skromnymi środkami majątkowymi na potrzeby ubogich. W życiu obywatelskiem brał udział nader czynny, na wskroś bezinteresownie i bez osobistych ambicyi przykładając rękę do każdego dobrego dzieła, marząc o lepszej przyszłości dla ojczyzny, dla Polski.

Współdziałał w założeniu Towarzystwa lekarskiego w Radomiu, którego potem był przez lat wiele prezesem i duszą. Ze szpitala radomskiego, gdzie był lekarzem naczelnym, umiał utworzyć warsztat pracy naukowej. Wyniki jej złożył w 24 ogłoszonych pracach i w licznych przemówieniach na polskich Zjazdach lekarskich, w których zawsze uczestniczył, zwracając na siebie uwagę wybitną wiedzą i wykształceniem, bystrością poglądów, krytycyzmem i znakomitą wymową.

Konrad Dobrski.

Jeszcze z końcem stycznia 1915 zmarł zasłużony na wielu polach, przedewszystkiem w Kasie im. Mianowskiego i w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem, Dr Konrad Dobrski, o czem teraz dopiero się dowiadujemy.

Ur. w r. 1843 w Warszawie, ukończył tamże szkoły średnie i uniwersytet (1870); po odbyciu wojny francusko-pruskiej w charakterze lekarza Czerwonego Krzyża, poświęcił się medycynie wewnętrznej jako asystent kliniki prof. Baranowskiego (do r. 1875). W tym czasie pracował żywo na polu piśmienniczem, zasłużywszy się przekładem szeregu podręczników lekarskich na język polski, oraz pracą w popularyzacyi higieny, zwłaszcza w dwuletnim okresie (1878—1880), gdy wydawał i redagował »Zdrowie«. W tymże czasie (1877—1879) był redaktorem »Pamiętnika« Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, w którem piastował szereg urzędów, w końcu przez lat 17 był znakomitym podskarbim, a które w uznaniu zasług mianowało go członkiem honorowym. Uczestnicząc w założeniu i organizacyi Kasy im. Mianowskiego, należał od początku do jej zarządu, zrazu jako sekretarz, potem wiceprezes, od r. 1904 na wysokim i zaszczytnym urzędzie prezesa. Przez 33 laty tej pracy był, rzec można, duszą tej wielce zasłużonej instytucyi.

Józef Krzyszkowski.

Przedwcześnie, zaledwo w 47 r. ż. zgasły Józef Ludwik Dezydery Odrowąż Krzyszkowski pochodził z Kijowskiego (ur. 23. V. 1869 w Olchowcu). Szkoły średnie ukończył w Krakowie, studya lekarskie przechodził w Grazu i Krakowie, gdzie też uzyskał dyplom lekarski w r. 1897. Już w czasie studyów rozpoczął pracować w zakresie anatomii patologicznej, jako demonstrator zakładu prof. Browicza; w kilka miesięcy po doktoracie został asystentem w takimże zakładzie we Lwowie i pracował na tem stanowisku pod kierunkiem prof. Obrzuta przez lat cztery. Od r. 1901 poświęcił się dermatologii i syfilidologii w szpitalu krajowym lwowskim, w którym w r. 1902 mianowany został sekundaryuszem, a w r. 1905 (w którym złożył zarazem egzamin fizykacki) — prymaryuszem. W r. 1907 odbył podróż naukową zagranicę. W r. 1908 powołany został na stanowisko dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Nurtująca ustrój skrycie choroba przecięła dni ś. p. Krzyszkowskiego w dniu 22. kwietnia b. r.

Ś. p. Krzyszkowskiego cechowała niezmierna sumienność i dokładność w wypełnianiu obowiązków i niepospolita pracowitość. Prawy, zacny charakter i szczera koleżeńskość jednały mu uznanie i sympatyę. Na trudnem stanowisku dyrektora, największego po lwowskim szpitala w kraju odznaczało ś. p. Krzyszkowskiego całkowite oddanie się i poświęcenie dobru tej instytucyi, dla której wytyczył sobie program szerzej pojętych reform i ulepszeń i usilnie starał się o naprawę wieloletnich dawniejszych zaniedbań. Niestety zabiegi te odniosły skutek tylko w małej części; spełnienie innych opóźniał zły stan finansów krajowych, odsunął na długo wybuch wojny i nie było dano ś. p. Krzyszkowskiemu doczekać się realizacyi najgorętszych pragnień i starań, w których widział cel swojego życia.

Prace naukowe ś. p. Krzyszkowskiego należą do zakresu anatomii patologicznej i dermatologii. Z pierwszego zakresu ogłosił drukiem: »Torbielowate zwyrodnienie nerek« (1898), »Periarteriitis nodosa« (1899), »Tętniaki tętnicy płucnej i t. d.«, »Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika«, »Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany« (1901), wszystko w »Przeglądzie lekarskim«, oraz »Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki« (1900) w »Nowinach lekarskich« (po niemiecku w »Archiv f. Gyn.«); z zakresu dermatologii ogłosił dwie rozprawy o róży (1905 w »Przeglądzie lek.« i 1906 w »Lwowskim Tygodniku lek.« oraz w »Allg. Wiener med. Ztg.«). Prócz

tego w protokołach Towarzystwa lekarskiego lwowskiego opublikowana została obfita kazuistyka, przedstawiana przez ś. p. Krzyszkowskiego na posiedzeniach tego Towarzystwa.

C.

Z kroniki warszawskiej ubiegłych miesięcy.

Półtoraroczne niemal odcięcie bezpośrednich związków z Warszawą sprawiło, że z końcem roku zeszłego (Nr 3 »Przeglądu lek.« z r. 1915) podać z niej mogliśmy tylko kilka wiadomości urywkowych, przeniknych drogą okolną. Dopiero teraz, otrzymawszy pisma lekarskie warszawskie, możemy je uzupełnić liczniejszymi szczegółami, poczerpniętymi z tych czasopism; z natury rzeczy sprawozdanie to mieć będzie niejeden brak, bo i w czasopismach warszawskich nie wszystko, co obchodzić nas musi, mogło się odzwierciedlić.

Z czasopism tych, jak się obecnie okazuje, ani na chwilę nie przerwały wydawnictwa i nie zmieniły jego częstości i formy ani »Gazeta lekarska«, ani »Medycyna i Kronika lekarska«, ani »Zdrowie«. Wychodziły nawet, acz z opóźnieniem, »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« i »Przegląd pedyatryczny«. Obecnie doszły nas zeszyty »Gazety lekarskiej« z całego roku 1915 i dotychczas wydane z r. 1916, oraz »Medycyny i Kroniki lek.« z drugiej połowy 1914 i z początku roku bieżącego. Treść tych zeszytów, odzwierciedlającą ruch naukowy, podamy w zwykłej rubryce, tu zaś przytaczamy z nich garść zapisków kronikarskich o tem, co się przez ten czas działo w kołach lekarzy tak blizkiej nam, a tak długo oddzielonej od nas Warszawy. Zdaje się, że do Warszawy przenikało od nas nieco więcej wiadomości, niż naodwrót. Obecnie »Medycyna i Kronika lek.« streściła naszą kronikę z końca r. z., »Gazeta lekarska« doniosła tylko krótko o wznowieniu wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«.

O samej chwili wybuchu wojny brak wiadomości. W sierpniu r. 1914 podaje »Medycyna i Kronika lek.« w dziale »Wiadomości bieżących« tylko wzmiankę o ułatwieniach w uzyskaniu dyplomu lekarskiego dla studentów wszechnic rosyjskich i doktorów wszechnic zagranicznych. We wrześniu, gdy do Warszawy zaczęły przybywać wielkie transporty rannych, urządził szereg instytucyi i osób prywatnych kilkanaście nowych szpitali: w Komitecie obywatelskim powstała Sekcya lekarska, która utworzyła Delegacyę sanitarną dla spraw tych szpitali i t. p. Największy szpital stworzyło miasto (1500 łóżek), mianując lekarzem naczelnym Dr Kijewskiego, a jego pomocnikiem prof. Dr Kryńskiego. Wiadomości o tych szpitalach są główną treścią »Wiadomości bieżących« i w dalszych zeszytach, obok nich jednak spotyka się charakterystyczne wzmianki o odmówieniu lekarzom szpitalnym węgla i podwyższenia płacy przez magistrat. Ciekawa jest wiadomość o zebraniu lekarzy rosyjskich w Moskwie, protestującem przeciw postępowaniu lekarzy austryackich i niemieckich z rannymi Rosyanami-jeńcami, których rzekomo »w najlepszym razie pozbawiano pomocy lekarskiej«. — W październiku wychodzi w Warszawie broszura Dr J. Zawadzkiego o pierwszym opatrunku, a równocześnie drugie wydanie podręcznika Dr Biehlera: »Pomoc doraźna w wypadkach nagłych«; w związku z tem zasługuje na uwagę ogłoszenie w tymże czasie (Nr 44) pracy J. Zawadzkiego: »Uszkodzenia wskutek bomb, rzucanych przez lotników, na zasadzie 102 przypadków, opatrzonych przez Pogotowie ratunkowe w Warszawie«. Kilka prac podobnej treści znajduje się w dalszych zeszytach. — W listopadzie znajdujemy wiadomość o zniszczeniach polskich zdrojowisk, które Dr J. Jaworski przedstawił w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem; wynika z niej, że w Królestwie nie ostał się prawie żaden zakład zdrojowy, w Galicyi ocalały do owego czasu Rabka, Iwonicz, Szczawnica, Krynica, Żegiestów i Zakopane. Jest tu wiadomość o wielkich szkodach, jakie ponieśli lekarze pod Warszawą od wojsk atakujących Warszawę; w Piasecznie n. p. zrabowano lekarza doszczętnie, przyczem »rzecz dziwna, z biblioteki wybierano tylko cenniejsze dzieła lekarskie treści chirurgicznej«. W dalszych zeszytach odbija się dający się uczuwać w Rosyi brak leków. — W grudniu podano wiadomość o utworzeniu przez Centralny Komitet obywatelski nowej Sekcyi zdrowia publicznego według projektu Dr J. Zawadzkiego; głównem jej zadaniem było zwalczanie epidemii, a w tym celu utworzone 3 lotne oddziały sanitarne wyjechały zaraz w Kieleckie i Radomskie. »Medycyna i Kronika lek.« wskazuje na ważne zadanie tych oddziałów »wobec braku lekarzy na prowincyi« i okoliczności, że »dotąd działalność zwrócono głównie w kierunku pomocy lekarskiej dla rannych żołnierzy z zaniedbaniem ludności kraju«. — Z początkiem grudnia z powodu napływu rannych zajęto na szpitale wszystkie szkoły i gmachy publiczne, nie wyłączając resurs i klubów.

O Towarzystwach lekarskich warszawskich znajduje się w »Medycynie i Kronice lek.« po koniec r. 1914 niewiele wiadomości: czynne było Stowarzyszenie lekarzy polskich i niektóre Wydziały Towarzystwa higienicznego.

Wiadomości z r. 1915 i 1916 dają już dokładniejszy obraz zdarzeń i ruchu w świecie lekarskim, jak również panującego w nim nastroju. Znamieniem jego jest piękny artykuł wstępny, którym »Gazeta lekarska« rozpoczęła swój pięćdziesiąty, jubileuszowy*) rocznik na Nowy Rok 1915. Dzielność i energię czynu, które nie opuszczały lekarzy warszawskich nawet w najcięższych chwilach, tłómaczą tam słowa proste, a wymowne: »Nie przerywały pracy nasze towarzystwa naukowe i pisma, czynne były nasze szkoły, bo wyczuwamy wszyscy, że na nas w tej chwili ciąży obowiązek podtrzymywania choćby słabego płomyka nauki polskiej, której znicz zagasł chwilowo gdzieindziej«. (W tym czasie oba nasze uniwersytety były zamknięte). »W czasach trwogi i nadziei łączymy się myślą i sercem z naszymi braćmi, którzy przeżywają sroższe od nas katusze«. A nie były to czcze słowa; tosamo mówiły i mówią c z y n y i prace Warszawy.

Przedmiotem tej pracy jest przedewszystkiem zdrowie publiczne. Aby pouczyć społeczeństwo o niezmiernej doniosłości tej sprawy i przysposobić podatny grunt dla akcyi sanitarnej, wydano i rozrzucono szereg broszur popularnych (pouczenia Komitetu sanitarnego w 30.000 egzemplarzy, dalej rozprawki Dr Puławskiego, Korzona, M. Biehlerowej i innych) i zbiór obowiązujących przepisów sanitarnych, urządzono z inicyatywy Dr Polaka w nowo otwartym gmachu Towarzystwa higienicznego wystawę p. n. »Walka z chorobami zakaźnemi«; w kołach lekarskich rozpatrywano wcześniej, niż gdziekolwiek w Europie, niebezpieczeństwo p r z e w l e k ł y c h chorób zakaźnych, szerzących się wskutek wojny (n. p. gruźlicy, już w listopadzie 1914 w Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem w związku z wykładem Dr A. Sokołowskiego). Kierownictwo tych działań przygotowawczych, jak i akcyi praktycznej, skupiło się wkrótce w Oddziale lekarskim Centralnego Komitetu obywatelskiego, doprowadzając do organizacyi »Komitetu sanitarnego«. Komitet ten podzielił swą pracę między 4 komisye: sanitarno-lekarską, która zorganizowała dzielnicowy nadzór sanitarnohigieniczny w Warszawie, szpitalną, zajmującą się zrazu głównie tworzeniem szpitali zakaźnych, popularyzacyjną, a wreszcie czwarta komisya zajęła się opieką sanitarną nad bezdomnymi uchodźcami. Również w Komitetach obywatelskich prowincyonalnych utworzono sekcye sanitarne

*) Wydanie zeszytu pamiątkowego »Gazety lekarskiej« musiało z natury rzeczy zostać odłożone do pomyślniejszych czasów. Wtedy też będzie chwila właściwa na obszerniejszą wiadomość o dziejach »Gazety lek.«, założonej z inicyatywy prof. Girsztowta pod hasłem pobudzenia do pracy s a m o d z i e l n e j w zakresie nauk lekarskich. Temu hasłu służyła »Gazeta« od pierwszego swego numeru (wydanego 7. lipca 1866) wiernie, wytrwale i skutecznie, w czem wielką zasługę miał prof. Hoyer sen. W gronie jej założycieli byli profesorowie Szkoły Głównej: Brodowski, Chojnowski, Girsztowt, Hirschfeld, Le Brun, Łuczkiewicz, rektor Mianowski, Narkiewicz-Jodko, Neugebauer, Pilcicki, Plaskowski, Seifman, Werner, Wisłocki. Po upływie pół wieku w gronie redakcyjnem »Gazety« znajdują się znowu i rektor i profesorowie odrodzonej wszechnicy polskiej. Słusznie też upatruje »Gazeta« w tem przebłysk szczęścia na chmurnym zresztą widnokręgu ogólnym; my zaś widzimy w tem zadatek nowej świetnej ery w rozwoju tego zasłużonego czasopisma, której mu z całego serca życzymy.

W tymże czasie przypada i dla »Medycyny i Kroniki lekarskiej« rozpoczęcie pięćdziesiątego rocznika. Nie mając dotąd w ręku żadnego zeszytu tego pisma z r. 1915, nie wiemy, czy i w jaki sposób zaznaczyło ono tę jubileuszową rocznicę założenia czasopisma »dla lekarzy praktyków«, z razu noszącego tytuł »Klinika«, której »Medycyna« jest dalszym ciągiem. »Klinikę« redagował i wydawał Dobieszewski, pierwszym wydawcą »Medycyny« był Rogowicz, redaktorem Benni. Służąc przedewszystkiem potrzebom medycyny praktycznej i nie spuszczając tego głównego zadania nigdy z oka, zdobyły sobie »Klinika« i »Medycyna« prawo do uznania i wdzięczności najszerszych kół lekarzy za półwiekową dla nich pracę. Oby w drugiem półwieczu ta praca »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, rozwijając się na jeszcze szerszym terenie, przynosiła dalej równie wielki pożytek i piękne owoce!

(około 400) i powiązano je organizacyjnie z Komitetem warszawskim. Komitet warszawski wydawał »Wiadomości sanitarne«, w których zdawał sprawę ze swych czynności (jak się zdaje, wyszło od marca do sierpnia 1915 takich zeszytów 12). Naprzykład Sekcya sanitarna Komitetu zajmowała się asanizacyą przedmieść, rozszerzając wodociągi, bijąc studnie abisyńskie, tworząc 3 zakłady czyszczenia ustępów, domy izolacyjne dla każdego okręgu miasta. Komisya ta w ciągu 3 pierwszych miesięcy 1915 zbadała 22496 domów i zarządziła usunięcie usterek sanitarnych; znamienny dla posłuchu, jaki znalazła w społeczeństwie, jest szczegół, że tylko 86 razy trzeba było uciekać się do kar na opornych. Komisya, opiekująca się bezdomnymi, założyła n. p. w lipcu 1915 schronisko dla uchodźców, pierwsze wogóle w Rosyi i t. d. Jednem słowem, ten samorząd lekarski działał doskonale i nader energicznie. — W sierpniu 1915 przekształcił się Komitet sanitarny C. K. O., zmuszony okolicznościami do ciaśniejszego już zakresu działania, w dwie sekcye Wydziału spraw miejskich Komitetu obywatelskiego m. Warszawy: sanitarną pod przewodnictwem Dr Męczkowskiego, a potem Dr Bączkiewicza, (z komisyą »wykonawczą« czyli »Urzędem zdrowia« pod kierunkiem Dr Polaka) i szpitalną, której zrazu przewodniczył p. Edward Natanson z pomocą Dr Brudzińskiego, jako wiceprezesa, a od kwietnia 1916 Dr Męczkowski*). Właściwy zaś pierwotny komitet (czy też Wydział) sanitarny Centralnego Komitetu obywatelskiego został przez władze niemieckie 13. IX. 1915 rozwiązany wraz z C. K. O. Dzieje niezmiernie pożytecznej tej instytucyi, powstałej, jak wspomnieliśmy, z inicyatywy Dr Józefa Zawadzkiego, streściła krótko »Gazeta lekarska« (Nr 40 z r. 1915). Warto tę historyę Wydziału przeczytać. Oprócz już powyżej wspomnianych przytoczymy tu jeden jeszcze przykład energii i sprawności Wydziału. Do lipca 1915 stworzono na dostępnym wówczas terenie Królestwa 30 oddziałów sanitarnych z przychodniami, aptekami i stacyami szczepienia krowianką, 20 szpitali stałych lub barakowych z domami izolacyjnymi i przyrządami dezynfekcyjnymi, zdołano wykształcić przeszło 3000 sanitaryuszy, dalej zaś tworzyć lotne oddziały sanitarno-żywnościowe, opiekujące się wygnańcami.

Należy tu wspomnieć o żywem współdziałaniu zrzeszeń lekarskich, przedewszystkiem Stowarzyszenia lekarzy warszawskich, a także Towarzystw lekarskiego i higienicznego, jak również prasy lekarskiej warszawskiej; w towarzystwach tych i w prasie roztrząsano żywo sprawy zdrowia publicznego, dając często w wielu sprawach inicyatywę (regestracya chorób zakaźnych, domy izolacyjne, stworzenie przemysłu lekarskiego dla zaradzenia brakowi leków, reformy szpitalnictwa i t. d.). Wśród licznych inicyatorów odznaczył się ruchliwością przedewszystkiem Dr. Józef Jaworski.

Połączonemi siłami Towarzystwa naukowego, lekarskiego i higienicznego stworzono 3-tygodniowe kursa sanitarne, które kilkakrotnie powtórzone, wykształciły 1160 osób. Dyrektorem kursów obrano również Dr. J. Jaworskiego. Obok zajęć praktycznych obejmowały te kursa wykłady anatomii (prof. Przewoski), fizyologii (pros. fizyol. Kuczyński), higieny (Dr. Polak i Karwacki), epidemiologii (prosektor szpitali Dr. Kuligowski i Dr. M. Jakowski), pierwszej pomocy i pielęgnowania chorych (prof. Kryński, Dr. Szmurło i Korzon), dezynfekcyi (dyr. Koralewski), szczepienia ospy (W. Polak). Z kursów wydano staranne sprawozdanie (streszczone w »Gazecie lek.« 1915 Nr. 31).

Niemniejszą żywotność, jak dawniej Wydział sanitarny C. K. O., okazały późniejsze sekcye — sanitarna i szpitalna Wydziału miejskiego. Dla przykładu wspomnimy o utworzonej przez sekcyę sanitarną z początkiem r. b. »komisyi badania chleba«, która natychmiast zbadała 201 piekarń, (zamknęła z nich 20), wydała instrukcyę dla piekarzy, przeprowadziła w swej pracowni badania mąki, utworzyła piekarnię próbną i t. d. Sekcya szpitalna Wydziału miejskiego (złożona z 5 naczelnych lekarzy szpitali, 5 ordynatorów i 5 kuratorów) była niejako dalszym ciągiem takiejże sekcyi C. K. O. Jeszcze tamtej zawdzięczać należy stworzenie nowego, nader potrzebnego szpitala dla chorych na choroby przewlekłe i nieuleczalne, o 250 łóżkach; tworzenie dalszych schronisk jest obecnie w toku. Do niełatwych zadań należało też pomnożenie liczby łóżek dla zakaźnych w szpitalach warszawskich, a stworzenie dla chorych niezakaźnych innych pomieszczeń. Jęto się także, skoro tylko okoliczności pozwoliły, reorganizacyi służby lekarskiej. W tym celu wydano przedewszystkiem »regulamin obsadzania posad lekarzy w szpitalach, zarządzanych przez miasto« (ogłoszony w styczniu 1916), starając się nawiązać do tradycyi dawnej i naprawić to, co popsuły władze rosyjskie. Regulamin ten spotkał się wprawdzie z pewną krytyką (głównie zarzucano: przyznanie kuratorom szpitali zbyt wielkiego wpływu na obsadzanie posad, brak reform w systemie konkursów na posady, wzorowanie się na gorszych przepisach z r. 1870, zamiast na lepszych dawniejszych), jednak wogóle przyjęto go z uznaniem, gdyż usuwa on najszkodliwsze naleciałości rosyjskie; o gruntownej reformie nie było czasu myśleć, musząc korzystać ze sposobnej chwili dla tymczasowych przynajmniej ulepszeń. Sprawa ta jest przedmiotem dalszej dyskusyi wraz z rozmaitemi sprawami zawodowolekarskiemi, z których na uwagę zasługuje pomysł utworzenia Izb lekarskich, poruszenie sprawy ubezpieczenia lekarzy**), zwłaszcza zajętych walką z epidemiami, głosy przeciw kumulacyi płatnych posad lekarskich. Te jednak dyskusye, dotyczące interesów stanu lekarskiego, są niejako na drugim planie. Odsuwa je tam wyraźne dążenie, by przedewszystkiem nieść pomoc sanitarnolekarską ciężko nawiedzonemu krajowi bez względu na ofiary, jakie przy tem ponieść muszą lekarze. Stąd bierze źródło energiczne krzątanie się, by zaopatrzyć w lekarzy miejscowości, gdzie ich wskutek wojny brakło; a więc spis jednodniowy lekarzy, przebywających w kraju, urządzony 1. IX. 1915; kilkakrotne gorące odezwy w czasopismach, wzywające lekarzy do wytężenia wszystkich sił w walce z chorobami zakaźnemi; starania Stowarzyszenia lekarzy, by zapewnić lekarzy do 26 większych miejscowości, gdzie ich brakło, a po uwolnieniu z niewoli 50 lekarzy Polaków i rozesłaniu ich przez władze po kraju, — starania o osadzenie lekarzy w 13 miejscowościach, gdzie ich jeszcze mimo to potrzeba. Ruch ten przeszedł z Warszawy i do tej części kraju, którą zajęły wojska austryackie, gdzie główny Komitet ratunkowy podjął starania o uwolnienie lekarzy-jeńców, przebywających w Austryi (a zarazem o utworzenie rad opiekuńczych szpitalnych, o przyjmowanie chorych cywilnych do szpitali Czerwonego Krzyża, o dostarczenie leków, krowianki i i.).

Z akcyi społecznych zasługuje na przytoczenie jeszcze uruchomienie sanatoryum w Rudce, powracającego obecnie do stanu normalnego, poruszenie sprawy opieki nad umysłowo chorymi (Dr. Chodźko), działalność Towarzystwa kolonii dla dzieci, które nie mogąc w r. 1915 w czasie walk o Warszawę wysyłać zwykłych kolonii, stworzyło z wielką pracą »półkolonie« w Mokotowie dla 950 dzieci (kosztem 15445 rb.) i małą kolonię stałą na krańcu Warszawy, chroniąc ją szczęśliwie w czasie najgorętszych nawet zapasów wojennych. Towarzystwo zaś higieny praktycznej im. Prusa przygotowuje zabawy, gry i wycieczki dla dzieci warszawskich na r. b., ponieważ i teraz wyjazd na kolonie (z powodów zapewne aprowizacyjnych) jest wątpliwy.

Oprócz wspomnianych już szczegółów o Towarzystwach lekarskich dowiadujemy się, że Warszawskie Towarzystwo lekarskie i Stowarzyszenie lekarzy odbywały regularne posiedzenia; w Towarzystwie higienicznem powstał nowy Wydział: »lekarzy sanitarnych«. Wyborów zarządu Towarzystwa lekarskiego na r. 1915 nie dokonano, przedłużając tylko mandaty; na r. 1916 wybrani zostali: prezesem Dr. Pawiński, sekretarzem Dr. Dąbrowski, zastępcą Dr. Oczesalski, skarbnikiem Dr. Winiarski. Towarzystwo okulistyczne polskie wybrało na r. 1916 prezesem Dr. Beina, wiceprezesem Dr. Cetnarowicza, sekretarką Dr. Oyrzanowską. Dr. M. Jakowski został wybrany sekretarzem Towarzystwa naukowego warszawskiego.

Nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszy wykład w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem otrzymał za r. 1914 Dr. Malinowski za wykład o dermatomykozach, za r. 1915 Dr. Chełchowski za wykład o puchlinie głodowej (praca, znana czytelnikom »Przeglądu lek.«) i Dr. E. Flatau za pracę o metodzie przepłukiwania przestrzeni podoponowych.

Nader zajmujących szczegółów dowiadujemy się z dziejów organizacyi odrodzonej polskiej Wszechnicy warszawskiej, a w szczególności jej Wydziału lekarskiego. Zestawia je krótko »Gazeta lekarska« (w Nr. 33 z r. 1915). Już z końcem r. 1914 rozpoczęto

---

*) O zasługach Dr Męczkowskiego świadczy wręczenie mu dziękczynnego adresu przy przejściu z sekcyi sanitarnej do sekcyi szpitalnej.

**) Godzi się tu wspomnieć, że dla ratowania rodzin lekarzy, które znalazły się niejednokrotnie w rozpaczliwem położeniu, działa obok dawno już istniejącej »Kasy wsparć«, utworzony przez Stowarzyszenie lekarzy z inicyatywy Dr. Kozerskiego »Komitet pomocy koleżeńskiej«. Do komitetu, który zaczął działać 20 X. 1915, wpisało się zaraz 374, a do końca marca r. b. 413 członków. Pomocy udzielono 26 rodzinom lekarzy, w postaci pożyczek, różnych świadczeń; niektórym trzeba było nawet pomagać bonami na bezpłatne obiady, co najlepiej określa ich położenie.

prace przygotowawcze za staraniem osób, kierujących Towarzystwem kursów naukowych; zorganizowano Komisyę szkół wyższych pod kierunkiem prof. W. Miklaszewskiego, a w niej Sekcyę uniwersytecką. »Podsekcyę lekarską« składali: A. Sokołowski, J. Pawiński i A. Puławski, delegowani przez Towarzystwo lekarskie, prof. Kryński, jako przedstawiciel Towarzystwa naukowego i St. Orłowski z grona wykładających na kursach naukowych. Grono to przez dobranie 11 członków lekarzy (Brudziński, Bieliński, Flatau, Jakowski, Janowski, Kamocki, Rejchman, Rzętkowski, Sawicki, Serkowski, Stankiewicz) przeobraziło się w »Podkomisyę lekarską«, która pod przewodnictwem A. Sokołowskiego odbyła 8 posiedzeń i wypracowała wnioski organizacyjne dla Wydziału lekarskiego, rozpatrzywszy przedtem 4 referaty: Brudzińskiego: »W sprawie organizacyi Uniwersytetu, a Wydziału lekarskiego w szczególności« (wydany potem jako znana i u nas broszura), Rzętkowskiego: »W sprawie wykładów przedmiotów przyrodniczych i teoretycznych lekarskich na Wydziale lek.«, Orłowskiego: »W sprawie instytutów Wydziału lek.« (ogłoszony w »Medycynie i Kronice lek.«) i Boczkowskiego w sprawie akademii weterynaryjnej. Następnie, gdy Wydział oświecenia C. K. O. przystępował do czynnej akcyi, przewodniczącym Komisyi uniwersyteckiej został Dr. Brudziński, a podkomisyę Wydziału lekarskiego składali prócz niego: Kryński, Orłowski, Pawiński, Puławski, Rzętkowski, Sokołowski. W chwili, gdy wszystko już było gotowe do utworzenia Wszechnicy siłami samego społeczeństwa, objęły tę sprawę, jak wiadomo, w swoje ręce władze okupacyjne.

Już w okresie przygotowawczym, a tem więcej od otwarcia Uniwersytetu (o czem w swoim czasie dokładniej pisaliśmy) rozpoczął się w Warszawie niezmiernie żywy ruch w zakresie wydawnictwa podręczników lekarskich. Pomijając »Fizyologię« prof. Cybulskiego i Becka, wydaną tymczasem w Krakowie (ale przez Kasę im. Mianowskiego), wyszedł już z druku podręcznik B. Koskowskiego: »Receptura czyli prawidła przepisywania i przyrządzania leków«, oraz 2 pierwsze zeszyty »Wskazówek do preparowania narządów wewnętrznych« prof. Lotha. W druku, nakładem Kasy im. Mianowskiego, jest II tom »Chorób nosa i gardła« Dr Herynga, oraz przekład »Farmakologii doświadczalnej« Meyera i Gottlieba, dokonany przez Doc. Pruszyńskiego. Podjęto tłomaczenie podręcznika anatomii Henlego, Dr Leśniowski opracowuje podręcznik urologii, grono internistów pod przewodnictwem Dr A. Sokołowskiego podręcznik chorób dróg oddechowych, inne grono pod kierunkiem Dr Rzętkowskiego — dyagnostykę lekarską. Zaczęła wychodzić zeszytami »Anatomia opisowa« według wykładów prof. Lotha, redagowana przez słuchaczy medycyny Wł. Koskowskiego i K. Tyszkę (demonstratorów Zakładu anat. warsz.) i St. Bogusławskiego (wydany zeszyt I, objaśniony licznymi rysunkami, obejmuje obok krótkiego zarysu embryologii i ogólnej histologii — część osteologii).

Wszystko to jest obiecującym zadatkiem pracy młodego Wydziału lekarskiego, który niedawno (1. IV. 1916) obchodził piękną uroczystość domową: otwarcie letniego półrocza z rozpoczęciem wykładów przez dziekana prof. Kryńskiego, którego słuchacze przyjęli gorącą owacyą, i przez rektora Dr Brudzińskiego, któremu przed pierwszym wykładem z zakresu propedeutyki lekarskiej złożyła młodzież wyrazy czci i istotnie zasłużonego uznania wraz z życzeniami powodzenia dla wszechnicy.

St. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Po reformie Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu, gdy powołano z Galicyi zbyt niewielu członków, powiodło się przez usilne starania uzyskać zwiększenie tej liczby. Na 60 członków Rady przyznano Galicyi 8 miejsc. Nie odpowiadało to wprawdzie jeszcze słusznym żądaniom, ale na razie odstąpiono od dalszych kroków, wobec obietnic, że w następnej kadencyi zostanie Galicya już należycie uwzględniona. Tymczasem przy tegorocznej nominacyi członków Rady, zmniejszając ich liczbę na 48, to jest o $^1/_5$, powołano z Galicyi tylko 4, to jest o połowę mniej, niż poprzednio. Pomijając dawniejsze obietnice, jest to tem...... dziwniejsze, że właśnie w czasie wojny Galicya, jako przedmurze, chroniące całe państwo austryackie od epidemii,

potrzebuje szczególnej pieczy ze strony Najwyższej Rady zdrowia, która powinna być raczej wzmocniona znaczniejszą liczbą znawców naszego kraju i jego stosunków. Wreszcie nie bez znaczenia powinnaby być rozległość i zaludnienie Galicyi. Dla porównania nadmienimy, że Czechy mają w Najwyższej Radzie zdrowia i teraz 8 przedstawicieli, $^1/_6$ ogólnej liczby członków, a Galicya 4, t. j. $^1/_{10}$.

— Grono kolegów, dobrowolną ofiarą popierających wydawnictwo »Przeglądu«, zwiększył r. dw. prof. dr Ludwik Rydygier, oraz dr Tadeusz Ostrowski ze Lwowa (obecnie w Bernie mor.).

— Towarzystwo lekarskie w Krakowie odbyło d. 12. IV b. r. posiedzenie, na którem kol. Lubecka i kol. Wespański przedstawiali przypadek duru powrotnego wraz z preparatami krętków Obermeiera, poczem w dyskusyi przemawiali kol. Braun i Michałowicz. Następnie przystąpiono do dyskusyi nad wykładem kol. Latkowskiego z d. 29. III. p. t.: »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«, w której przemawiali kol. Wachtel, Nowaczyński, Glassner, Michałowicz, Latkowski.

— Prof. dr Przemysław Pieniążek został mianowany profesorem zwyczajnym rzeczywistym.

— Dyplom doktora medycyny uzyskali pp. Józef Klarner z Bełżyc (Królestwo), Andrzej Pobóg Bylicki z Krakowa.

— Druk II tomu »Anatomii człowieka« ś. p. prof. dr Bochenka jest na ukończeniu, druk III tomu będzie ukończony prawdopodobnie we wrześniu r. b.; przygotowuje się również ponowne wydanie I tomu w bieżącym jeszcze roku.

— W Poroninie obok Zakopanego wakuje posada zastępcy lekarza okręgowego z płacą 10 K dziennie i dodatkiem 100 K miesięcznie na objazdy. Przy pewnej wytrzymałości na trudy (dróg górskich) można liczyć na znaczny dochód z praktyki prywatnej. Zgłoszenia przyjmuje Wydział powiatowy w Nowym Targu.

Na fundusz im. Jordana złożył Dr Józef Gogulski z Krakowa 20 koron, jako nieprzyjęte honoraryum, Dr Wojciech Rec z Krakowa 300 koron tytułem nieprzyjętego honoraryum, Dr Władysław Szumski z Głogowa 20 koron, jako honoraryum nieprzyjęte przez Dra Frączkiewicza i Dra Spirę, lekarze bocheńscy 50 koron zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Czesława Górskiego. Wydział Związku krajowego lekarzy składa wymienionym Kolegom serdeczne podziękowanie.

Lwów. Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia 27 maja 1916 o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie za czas ubiegły (sekretarz Dr Lilien). 2) Sprawozdanie kasowe (skarbnik Dr Świątkiewicz). 2) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego Wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków. — W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w tensam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych. — We Lwowie, 29 kwietnia 1916. Dr Papée, przewodniczący, Dr Lilien, sekretarz.

— Dr Szczepan Mikołajski wydał drukiem listy do syna, znajdującego się w szeregach, p. t.: »W imię Ojczyzny! Rady i przestrogi dla żołnierza polskiego«. Broszura ta, zmierzająca do tego, aby wykształceńszą młodzież ostrzedz przed niebezpieczeństwem chorób wenerycznych, wydana z zachęty i z przedmową prof dr. Łukasiewicza, jest bodaj pierwszą u nas próbą walki zapomocą uświadomienia szerszych sfer z grożącą całemu społeczeństwu wielką klęską. Napisane oględnie, aby nikogo razić ani zgorszyć nie mogły, odznaczają się te »Listy do syna« nietylko właściwą autorowi żywością stylu i umiejętnością popularyzacyi, ale też przepaja je serdeczna troska o los narodu; powinny więc cel osiągnąć. Za publikacyą dr Mikołajskiego, przeznaczoną dla kół wykształceńszych, powinny jaknajrychlej pójść inne, obliczone na szerokie sfery ludowe.

Warszawa. Wyszedł z druku »Kalendarzyk lekarski na r. 1916« dr J. Polaka. Jestto jedyny w r. b. kalendarzyk lekarski polski. Oprócz zwykłej treści zawiera on ciekawe daty, związane z obecną wojną.

— W czasopismach lekarskich niemieckich w połowie kwietnia ogłoszono, że w Polsce wielki brak lekarzy, gdyż jeden przypada na 40000 ludności i że potrzeba zaraz lekarzy do 64 miejscowości. Niemiecki zarząd zamierza osiadającym tam lekarzom oprócz bezpłatnego mieszkania udzielać subwencyi, średnio 200 mk. miesięcznie; bliższych wiadomości udziela »Geschäftszimmer der Medizinalabteilung« w Warszawie.

Łódź. Otrzymaliśmy sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego łódzkiego wraz z zajmującem sprawozdaniem z losów Towarzystwa w czasie wojny, które ogłosimy w najbliższym czasie.

Z różnych stron. Nowe czasopismo lekarskie polskie powstało w Ameryce, bo tak nazwać należy wychodzący w Chicago co miesiąc »Biuletyn Towarzystwa lekarzy polskich«. Biuletyn ten wychodzi już drugi rok, teraz jednak dopiero po raz pierwszy doszedł nas Nr 2 drugiego rocznika (z lutego 1916). Biuletyn ten składa się z dwu kartek: Na pierwszej stronie znajduje się ogłoszenie o posiedzeniu Towarzystwa, odbywającem się co miesiąc (na posiedzeniu w d. 25. II. b. r., był na porządku dziennym wykład dr Balcerzaka »O sfigmomanometryi«) i skład Zarządu (prezes dr Pietrowicz), w tekście zaś: artykulik dr Balcerzaka o pierwszej pomocy (z kursu sanitarnego), przypomnienie o bezpłatnej polskiej lecznicy dla biednych w ochronce Anioła Stróża, artykulik o walce z gruźlicą i notatka o próbie Schicka.

— W wiedeńskiej »Neue Freie Presse« wystąpił ktoś z projektem, aby stworzone na froncie bojowym urządzenia przemysłowe, sanitarne, nawet umeblowania kwater wojskowych i t. p. ocalić od zmarnienia, nietylko rozdzielając je po wojnie w pasie granicznym państwa, ale także przenosząc do Wiednia. Krakowski »Głos Narodu« (Nr 113 z 23. IV.) przypomniawszy, że wiele z tych urządzeń dostało się do okopów żołnierskich z... mieszkań naszej ludności, dodaje o urządzeniach sanitarnych następującą, aż nazbyt słuszną uwagę:

»Chcielibyśmy zapytać wiedeńskiego felietonistę, czy wiadomo mu, w jakim stanie pozostawiła wojna urządzenia sanitarne w naszym kraju, przez który miesiącami się przewalała. Nasi lekarze, zajęci w szpitalach powiatowych, pełnili funkcye częstokroć wprost heroiczne. Ileż było wypadków w miastach wschodniej Galicyi, w których kierownik powiatowego szpitala był jedynym lekarzem na cały powiat, który czuwać musiał nietylko nad swoim szpitalem, ale nad zdrowiem całego powiatu, oraz nad rannymi zarówno z naszej armii, jak i z armii rosyjskiej za czasów inwazyi. Znam ludzi, którzy osiwieli nagle przez czas wojny pod brzemieniem tej pracy. Czy wie felietonista wiedeński o tem, jaki obraz zniszczenia przedstawiały wszystkie nasze apteki i znaczna część szpitali, gdy po nich przeszła nawała kozacka? Od potłuczonych i pogruchotanych urządzeń aż do połamanych narzędzi chirurgicznych. Jeśli zakładom sanitarnym wiedeńskim brak zbytkownego wyposażenia, któregoby pragnął felietonista, to nasze muszą z trudem zaspokajać potrzeby najprymitywniejsze. Trzeba dodać, że cały ten ciężar przywrócenia do porządku naszych urządzeń sanitarnych wali się tylko na kraj«.

— Uniwersytet Genewski żegnać będzie z końcem czerwca r. b. uroczystym obchodem ustępującego z katedry po 40-letniej pracy prof. dr Zygmunta Laskowskiego. Polskie Stowarzyszenia w Genewie urządzają równorzędnie obchód hołdowniczy i w tym celu zawiązują Komitet jubileuszowy, którego zjazd oznaczono na 29. IV. b. r.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**